N° 116.

ESSAI

SUR LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DES

PHLEGMASIES ABDOMINALES;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 juin 1829, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR CHARLES-EUGÈNE DELORME, né à Vitry,

Département de la Seine;

Ancien Élève interne des hôpitaux.

Requirere si ratio idem doceat quod experientia, an aliud.

CELSI *de Re medicâ*, lib. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Suppléant*.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL, *Examinateur*. CHOMEL, *Président*. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN, *Examinateur*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet, *Suppléant*.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance, *Examinateur*.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur*.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Amour religieux.

A MES FRÈRES,

ET

A MES SŒURS.

Amitié inviolable.

C.-E. DELORME.

A MON FRÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Amour religieux

A MES FRÈRES,

ET

A MES SŒURS.

Amitié inviolable.

C.-E. DELORME.

ESSAI

SUR LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DES

PHLEGMASIES ABDOMINALES.

La philosophie de la médecine a été la localisation des maladies ; c'est le système de nos jours, c'est l'essor qu'elle prend pour se placer au rang des sciences positives. Au milieu des disputes purement scholastiques, avec la puissance des grands noms des derniers siècles, elle restait toujours un chaos que des imaginations brillantes voulaient débrouiller, recréer, mais qui, mobile comme elles, obéissait encore à celles qui succédaient ; un tissu de raisonnemens sans doute spécieux, puisque chaque doctrine a eu ses sectateurs, mais qui devaient tomber un jour devant l'autorité de la nature, tôt ou tard prenant la parole pour dicter son histoire.

La clinique et l'amphithéâtre, voilà les deux grands livres où l'on doit aujourd'hui aller étudier la nature, où se déroule le tableau des infirmités humaines avec leurs causes, avec leurs lésions fonctionnelles, avec leurs lésions organiques. — *Lésions fonctionnelles.* J'embrasse dans cette expression tous les symptômes qui ne sont la plu-

part que des fonctions lésées avec ou sans altération sensible des organes. — *Lésions organiques.* On trouve presque toujours celles qu'a indiquées la maladie observée pendant la vie, mais rarement celles des organes qui n'ont été qu'influencés. Ainsi, dans une péritonite où le pouls aura été si petit, trouverons-nous une lésion du cœur? Dans une hépatite où l'urine aura été rouge, épaisse, huileuse, trouverons-nous une lésion des reins? Non, sans doute; et cependant à ces effets si sensibles, si constans, il faut une cause. Si l'anatomie a découvert quelque rapport entre des organes, la voilà : c'est ce rapport qui fait ce lien indissoluble d'un organe souffrant avec le reste de l'économie; c'est enfin cet entraînement, cette chute inévitable de tous les organes dans les désordres de celui qui est vivement lésé qui constitue les sympathies; c'est l'étude de ces sympathies, c'est le débrouillement de leur mécanisme qui constitue la physiologie pathologique. La physiologie pathologique ne consiste donc pas seulement à interroger l'organe malade, à chercher à savoir pourquoi telle ou telle lésion de son tissu l'a rendu inapte à l'accomplissement de ses fonctions; elle lui demande compte encore des troubles qu'il apporte dans les autres organes, dans les autres fonctions. *Morgagni* cherchant dans les organes l'explication des phénomènes qu'il avait observés, entourant cette explication de raisonnement, créa la physiologie pathologique; chez lui une maladie est elle-même, et non l'appui d'une théorie : admirable sagacité à l'approfondir; nul effort pour la voir sous un autre point que celui où la nature la lui a montrée. Les faits qu'il apporte à l'appui de ses opinions, les hypothèses qu'il y adjoint, indiquent la véritable voie de l'observation : j'ai tâché de la comprendre et de la suivre. Il est des choses qu'on n'avance pas sans observations; j'en ai fourni quelques-unes; il en est d'autres que jusqu'à présent l'on n'a fait que remarquer, que l'expérience n'a pas atteintes, devant lesquelles le raisonnement est tenté de reculer; pour celles-là je me suis laissé entraîner à des hypothèses peut-être trop hardies, mais en physiologie les hypothèses sont la voie pour arriver à la vérité, elles précèdent l'expérience. *Baglivi* ne dé-

fend pas les hypothèses, mais il leur impose des conditions sévères. *Hypothesis*, dit-il, *ut perpetua sit et stabilis, necesse est ut non ab authoris sui mente omninò educetur, seb ab ipsis rebus prodeat, ab observationibus et certis naturæ phenomœnis pendeat adamussim.*

Tourmenté de cette fièvre de l'analyse des symptômes, qu'il me soit permis de dire qu'un fait pathologique a constamment été mon point de départ; qu'ici je n'ai fait que rassembler ce que j'osais confier à mes chefs dans les hôpitaux au lit des malades, et particulièrement à M. *Serres*, dont je me plais à reconnaître la constante bienveillance à mon égard. Ces lignes sont enfin moins encore des opinions que je viens soumettre à mes maîtres, que les derniers avis que je viens leur demander en public.

Anatomie.

Quelques considérations anatomiques précéderont cette revue physiologico-pathologique dans laquelle je vais entrer. Les nombreux ouvrages d'anatomie descriptive m'empêchent d'y rien ajouter : les savantes recherches d'anatomie pathologique auxquelles a donné lieu l'ère nouvelle de la science n'ont point à s'enrichir des miennes. Il est cependant une partie de l'anatomie abdominale fort importante pour le diagnostic des maladies inflammatoires, des tumeurs surtout, et qui a peu fixé l'attention des auteurs, c'est l'étude de la position des organes et de leurs rapports entr'eux ou avec la paroi antérieure de l'abdomen; aucun n'a une place, un rapport constans, soit à cause de son propre volume, qui l'a forcé à se déranger, soit, au contraire, qu'il ait été repoussé par les autres, soit enfin que la nature l'ait placé plus ou moins loin de son siége ordinaire.

Morgagni, que j'ai déjà cité, que je citerai souvent encore, paraît, dans quelques-unes de ses observations, s'appliquer à décrire l'aspect des organes abdominaux mis à découvert, et que son scalpel va scruter, leur volume, leur place, leurs rapports anormaux. On aime à retrouver dans un auteur déjà ancien ses propres idées, son genre

d'observation ; on se figure que l'état de la science n'y devait pas encore disposer les esprits , et l'on accorde plus de vérité à ce que la force des choses paraît autrefois avoir mis au jour. J'examinerai donc les organes de l'abdomen sous ce point de vue ; je ne suivrai point l'ordre philosophique des organes naissans ou annexes les uns des autres, mais leur fréquence à proéminer, la paroi antérieure étant enlevée.

Le gros intestin se présente d'abord ; il s'en faut pourtant que le gros intestin soit toujours vu dans toute son étendue ; le cœcum seul a cette propriété : les autres portions seront recouvertes ou par le foie , ou par l'estomac, ou par l'intestin grêle, ou par le grand épiploon. La longueur de cet intestin, son trajet compliqué, sa mobilité lui ôtent la possibilité d'une place constamment la même. J'ai vu le cœcum deux fois dans l'épigastre, plusieurs fois dans le méso-gastre , l'S iliaque passer entre l'utérus et la vessie, ou devant eux, recouverts alors par le méso-colon , et s'ouvrir dans le rectum à droite de ces organes dans la fosse iliaque droite (observation 13); cette disposition m'a paru particulière aux femmes qui avaient eu des enfans. Je donnerai de ces descriptions en détail. Dans un autre, on verra une disposition fort singulière des colons (observation 12). Très-souvent le colon transverse finit dans une partie très-profonde de l'hypochondre gauche sur la face interne de la rate. Ce qu'il y a de plus constant de la position de cet intestin, c'est le rapport de son bord inférieur avec l'ombilic. Ainsi, dans ces colites aiguës seront expliquées ces douleurs si étendues de l'abdomen, et qui, comme nous le verrons, tout en usurpant la place d'autres organes, conservent des caractères particuliers.

L'estomac est rarement à découvert en entier; il est souvent caché dans la partie la plus profonde de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, en haut, par le relief cartilagineux des côtes, ou le lobe gauche du foie, en bas, par le colon transverse ; mais aussi il n'est pas rare, après de longues affections organiques , de le voir se distendre et occuper une grande partie de l'abdomen , descendre jusqu'à la sym-

physe du pubis et toucher le cœcum ; *Morgagni* cite un de ces faits ; alors l'estomac s'est contourné, et c'est sa grande courbure qui fait tous les frais de la dilatation. Voyez (observation 6). Le pylore reste dans l'épigastre pour s'ouvrir dans le duodénum immobile ; excepté cette orifice stomacal, qui répond le plus ordinairement au tiers inférieur d'une ligne oblique tirée de l'ombilic au cartilage de la neuvième côte, je ne crois pas possible d'admettre rien de fixe dans la position, et surtout les rapports de l'estomac, variables non-seulement chez le même individu, mais sur tous les cadavres soumis à ces sortes de recherches. Nous trouverons donc dans cette position si variée de l'estomac la cause de l'absence de douleurs à l'épigastre dans quelques cas de gastrite bien prononcée, ou des douleurs profondes ressenties sous les côtes, et simulant celles qui sont thoraciques, et qu'on appelle communément *point de côté ;* la cause encore de ces apparitions et disparitions alternatives des tumeurs mobiles de cet organe.

Le foie, dont le bord inférieur est souvent au niveau du cartilage des côtes, le dépasse toujours quand il est hypertrophié, et souvent quand il est sain ; je l'ai vu, atrophié, être refoulé, bien au-dessus de ce cartilage, dans l'hypochondre ; je l'ai vu, au contraire, hypertrophié, recouvrir les colons ascendant et transverse, descendre jusqu'à la fosse iliaque, où il touchait le cœcum : ce volume énorme était facile à reconnaître pendant la vie. Dans une maladie aiguë du foie, l'augmentation de son volume, quoique beaucoup moindre, pourra très-bien être appréciée au-dessous des côtes.

La vésicule biliaire, plus ou moins apparente, peut occuper tous les points de la ligne tirée de l'ombilic aux côtes, et dont j'ai déjà parlé.

L'intestin grêle est très-souvent en grande partie déjeté à gauche, recouvert par le gros intestin à droite, et le recouvrant à son tour à gauche.

Il n'est pas très-rare de trouver le duodénum presque entier à découvert dans l'épigastre, et en contact avec la paroi antérieure de l'ab-

domen ; ce sont les autres organes déviés qui lui permettent ainsi de se montrer.

Le pancréas lui-même fait quelquefois saillie au-dessus de l'estomac. Chez une femme morte d'entérite chronique avec ulcérations, une semblable tumeur nous en avait imposé pour un cancer de l'estomac ; sur une autre femme nous avons vu le pancréas, cancéreux, refoulant en bas l'estomac, en haut, en avant, les côtes.

Le grand épiploon est aussi bien variable pour son étendue, pour sa position : très-souvent, sous forme d'une toile tendue devant les organes, à peine quelquefois dépasse-t-il de deux pouces le colon transverse ; il est souvent déjeté d'un côté ; je l'ai vu une fois roulé sur lui-même de gauche à droite, formant une espèce de corde granulée rouge, dirigée à droite, logée dans une scissure profonde étendue de l'ombilic au flanc droit, dont le fond était le colon ascendant, le bord supérieur, le colon transverse, et le bord inférieur, le cœcum, qui chez cet individu occupait le méso-gastre et la moitié interne de le fosse iliaque gauche. Chez un homme mort à la Pitié, présentant une tumeur énorme, dure, bosselée, peu mobile, qui occupait une grande partie de l'abdomen, et qui était évidemment, pour nous, formée par le foie, nous trouvâmes le grand épiploon transformé en une masse d'un tissu difficile à décrire, une de ces nombreuses variétés de cancer : c'était une chose bien curieuse à voir que cette dégénérescence, qui, outre le grand épiploon, avait envahi presque tout le péritoine.

Les rapports les plus constans avec l'ombilic sont, en haut, le bord inférieur du colon transverse ; à droite, la vésicule biliaire ; à gauche, presque toujours l'intestin grêle : j'aurais dit de même pour la partie inférieure, si je n'y avais vu plusieurs fois le cœcum.

Tels sont les seuls organes qui sont placés ou se dévient de manière à être en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen. Je ne parle pas à dessein du changement de position et des rapports de l'utérus contenant le fœtus, de la vessie remplie d'urine, de l'ovaire siége d'hypertrophie ou de squirrhe ; d'un autre côté, j'admets que des cancers de ces organes, et des reins encore, puissent les amener jus-

qu'à être en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen, et être perçus par le toucher : mais je n'en ai point vu. Je me suis livré avec intérêt à cet examen des organes abdominaux, persuadé que je suis de l'importance qu'il peut avoir dan le diagnostic des maladies. Cependant ce n'est encore que le second rang qu'il faut lui donner ; et ce qu'il faut consulter d'abord, ce sont les troubles physiologiques des fonctions de l'organe malade, et ceux des fonctions des organes en corrélation.

Du facies abdominal.

Il est une habitude presque générale en médecine, c'est de chercher dans l'aspect du malade que l'on approche quelque indice de l'organe souffrant : l'attitude, le visage surtout sont consultés, et souvent les rapports du malade confirment ce que ceux-là ont appris. Il est donc bien vrai que, je ne dirai pas chaque organe, mais chacune des trois cavités splanchniques manifeste ses lésions par un *facies* particulier, d'autant plus le sien, si je puis parler ainsi, que la maladie est plus grave, et qu'elle atteint son plus haut degré d'intensité. Les caractères sont confondus lorsque la maladie commence et lorsqu'elle finit, soit par la résolution, soit par la mort.

Une maladie vient de naître : elle est ou cérébrale, ou thoracique, ou abdominale ; quel est son premier effet? est-ce le symptôme local, la douleur? Nous savons que ce phénomène peut manquer, et que souvent nous le cherchons en vain au milieu des symptôme fébriles les plus intenses. Est-ce la création de ces symptômes fébriles? Cette indépendance fréquente de symptômes locaux est une réponse affirmative. C'est cette sympathie, cette *in consensum partium tractio* de Morgagni qui ouvre la scène, qui réagit sur le système nerveux ; celui-ci éprouve-t-il une commotion sans que le cœur la ressente : le voilà précipitant ses mouvemens, poussant dans les poumons une plus grande quantité de sang ; la respiration, pour y subvenir, sera précipitée ; distribuant dans tous les organes un sang plus abondant, la peau sera chaude, colorée, turgescente ; les sécrétions seront augmen-

tées, altérées; le cerveau souffrira : la fièvre est produite. Maintenant, que le départ du stimulus nerveux soit aux membranes encéphaliques, au parenchyme pulmonaire, à la muqueuse gastrique, l'effet n'en sera-t-il pas d'abord toujours le même? Mais bientôt cette fièvre va agir tout au profit de l'organe malade; son système nerveux va devenir plus sensible, voilà la douleur; son tissu va recevoir plus de sang, voilà la chaleur; la rougeur, la tension, la tumeur, ont la même source, mais nous les apprécions moins. La fonction de l'organe est devenue impossible. Les membranes cérébrales influenceront le cerveau, qui délirera, ou, perdant son influence, laissera l'économie dans la stupeur; le poumon ne recevra plus l'air atmosphérique, l'estomac ne digérera plus.

Le feu du délire, le sommeil de la stupeur, sont caractéristiques; la difficulté de la respiration se peint sur le visage à grands traits. Je parlerai seulement du *facies* que va prendre une maladie abdominale : elle a produit la fièvre; elle est devenue plus intense; elle a tous les symptômes locaux, et, sans rien perdre de son énergie là où elle est fixée, elle va maintenant s'emparer de tous les organes, de tous les systèmes, de toutes les parties du corps; suivons-la. Mais dans cet envahissement si prompt j'ai peine à ne la point perdre de vue, et ne sais bientôt plus quelle route elle a prise : je vois le cerveau souffrant déjà du contact; j'observe de la céphalalgie, un air d'hébétude tout particulier, le délire même; la moelle épinière est aussi déjà atteinte; les membres, le tronc sont douloureux; je vois en même temps la circulation devenir petite, profonde, souvent irrégulière; la respiration est gênée; la peau a une chaleur variable, elle est sèche; les glandes ne sécrètent plus. La face est pâle et sillonnée de plis profonds, où la peau est plus jaune qu'ailleurs, partant des ailes du nez, et se perdant près et au niveau de la commissure des lèvres. Les traits sont ramenés vers la racine du nez; celui-ci s'aplatit et s'incline; la bouche est entr'ouverte. Que de douleurs dans cet arrangement! quelle rapidité dans tous ces phénomènes!

Qu'il s'en faut toutefois que cet état tout abdominal soit constant,

que ce *facies* soit indispensable à la lésion profonde d'un organe de l'abdomen ! La face est un véritable miroir, mais il peut ne réfléchir que les combats livrés par la maladie réelle à un organe qu'elle n'atteint point, mais qui l'occupe tout entier. La gastrite la plus violente peut n'avoir pour symptômes que les symptômes cérébraux depuis son invasion jusqu'à la terminaison funeste. Voyons dans cette observation quelle insidieuse forme elle a revêtue.

Ire. OBSERVATION.

Vase, âgé de dix-neuf ans, entré à la Pitié le 15 avril 1827, reçut, il y a un mois, un coup à la tête, et depuis n'a pas cessé de souffrir. Depuis huit jours seulement des symptômes fébriles sont survenus; les douleurs de tête ont pris de l'intensité, et se sont compliquées d'accidens abdominaux.

A son entrée à l'hôpital, il offre : sensibilité obtuse de l'abdomen, langue rouge, sèche; constipation; toux assez fréquente, sans expectoration; céphalalgie très-intense, occupant tout le crâne, mais surtout le côté droit; peau chaude, sèche; pouls dur, fréquent. (Saignée du bras, tisanes gommeuses, julep calmant, cataplasmes sur l'abdomen.)

Le soir, exacerbation violente, avec délire une grande partie de la nuit.

Le 16, abattement profond, stupeur, réponses et parole difficiles. (Saignée de bras, sinapismes aux jambes.) Cet état cessa dans le milieu de la journée.

Jusqu'au 20 au soir, le malade avait montré une rémission légère, mais croissante, des symptômes cérébraux; ceux de l'abdomen avaient à peu près gardé le même aspect. Mais le délire recommence, et le lendemain la prostration est extrême, la face immobile, les yeux renversés, la stupeur profonde, le pouls presque insensible, peu fréquent; la langue est toujours sèche, la constipation continue, les

douleurs abdominales ne sont plus perçues par le malade, la mort semble prochaine. (Vésicatoire à la nuque le 21.)

Le 22, le pouls s'est relevé ; on peut faire sortir le malade de sa stupeur en le remuant, en lui parlant ; il entend et comprend ce qu'on lui dit. (Vésic. sur le crâne.)

Le 23, légère amélioration, stupeur moins profonde et dont le malade sort plus promptement.

Cependant le prognostic est toujours porté très-grave ; on diagnostique une inflammation de la substance cérébrale et de ses membranes, avec épanchement dans la pie-mère.

Le 24, amélioration plus marquée : intelligence complète, réponses et parole faciles ; langue humide, mais toujours rouge ; pouls développé, peu fréquent ; urines très-abondantes, selle. Le soir, symptômes fébriles intenses, délire, efforts continuels pour s'échapper du lit, réponses nulles, pupilles très-dilatées. (Sinapismes aux jambes, irritation du vésicatoire de la nuque.)

Le 25, état beaucoup plus grave, râle trachéal. Mort dans la matinée.

Le diagnostic avait été porté le même jusqu'au dernier moment.

Autopsie. L'arachnoïde et la pie-mère ont l'aspect le plus sain ; pas le moindre épanchement. La base du cerveau est aussi saine que sa surface supérieure ; sa substance a sa consistance ordinaire, et n'offre pas d'injection manifeste. Les ventricules contiennent environ une once de sérosité : c'est la seule altération sensible. La moelle épinière a sa consistance et sa couleur normales.

Il y a péritonite chronique de la partie du péritoine qui enveloppe la rate et qui recouvre le diaphragme en rapport avec elle ; il est là rouge, très-injecté, et contient dans son tissu un peu épaissi une grande quantité de petits tubercules blanchâtres.

La rate est volumineuse, noire, friable ; les petites granulations de son tissu sont très-développées.

La muqueuse gastro-intestinale est malade dans toute son étendue. Dans l'estomac, elle est tout entière épaissie, très-injectée, rouge; son épaisseur est quelquefois d'une ligne. On la dissèque facilement de la musculaire; sa face qui y adhère est comme nacrée, parsemée de petits vaisseaux. Son tissu offre un boursoufflement sanguin très-considérable. Sa surface intérieure offre des plaques rouges; elles sont surtout très-marquées à la grosse extrémité et près de l'orifice pylorique. Les papilles, très-développées, donnent à cette surface l'aspect du velours.

Dans l'intestin grêle et les gros intestins les plaques d'injection sont moins nombreuses. A la fin du premier de ces intestins, dans le cœcum et le colon ascendant, on voit absolument les mêmes lésions de tissu que dans l'estomac. Il n'y a pas d'ulcération.

Les glandes mésentériques sont volumineuses, rouges, gorgées de sang.

Le foie est friable, brun-noirâtre.

Les autres organes de l'abdomen et ceux de la poitrine ne présentent rien de remarquable.

Quand, les lésions sous les yeux, on rapproche ces différens symptômes, peut-être peut-on y retrouver ceux de l'abdomen souffrant; cette langue constamment rouge, par exemple; ce pouls peu développé, peu fréquent. Mais comment résister à l'opinion que donnent du siége de la maladie, et les renseignemens, et ce délire, et ses alternatives avec la stupeur?

Les maladies du système nerveux prennent aussi pendant quelque temps l'aspect d'une maladie abdominale. L'arachnitis débute par des vomissemens, par de la douleur épigastrique même. La moelle épinière a sur l'abdomen une influence dont les communications multipliées avec le nerf grand sympathique rendent parfaitement raison, et dont je fournirai un exemple bien remarquable.

II^e. OBSERVATION.

Marie Gueudet, âgée de cinquante-huit ans, entra à la Pitié le 18 avril 1828. Depuis quelques mois elle ressentait des douleurs sourdes dans l'abdomen, à la suite desquelles il survint un ballonnement assez considérable. Depuis quelques jours ces douleurs avaient pris de l'intensité, un appareil fébrile s'était développé, mais sans aucun autre symptôme gastrique. A son entrée à l'hôpital, elle présente : douleurs vives de tout l'abdomen, augmentant peu par la pression ; ballonnement considérable ; point de diarrhée ni de vomissement ; langue naturelle ; pouls petit, fréquent, régulier ; symptômes fébriles intenses, affaiblissement très-marqué.

On diagnostiqua une péritonite subaiguë. (Boissons gommeuses, foment. émoll. sur l'abdomen, bain, diète.)

Le 22, les symptômes fébriles sont amendés, le ballonnement est diminué ; les douleurs persistent, ainsi que l'affaiblissement. On continue l'usage des mêmes moyens.

Quelques jours après la malade était absolument dans le même état, le ventre surtout est toujours douloureux, et les douleurs ne s'avivent pas sous la pression. Cette circonstance fixa l'attention de M. *Serres ;* il soupçonna une altération de la moelle épinière, dont les symptômes seraient ceux que l'abdomen a présentés : l'état de faiblesse si grande de la malade, une certaine expression de sa figure, viennent encore à l'appui de cette opinion. On l'examine, et l'on trouve sur le trajet de la colonne vertébrale une gibbosité dépendant de la saillie des septième, huitième et neuvième vertèbres dorsales. Interrogée, elle nous dit qu'elle ne s'est point aperçue de sa difformité, qu'elle n'a point ressenti de douleurs dans le dos. Il y a dix mois environ, elle a fait une chute sur la région lombaire, et c'est depuis ce temps qu'elle a souffert dans l'abdomen, que ses jambes sont devenues faibles, dernière circonstance dont elle n'avait point parlé ; et l'ayant jusqu'à présent toujours vue au lit, on n'avait pu la

soupçonner. La découverte certaine de la nouvelle lésion nous expliqua tous les symptômes abdominaux et musculaires.

Cette femme vécut encore jusqu'au 17 juin. Le ventre resta constamment douloureux, légèrement ballonné; les douleurs ne s'augmentèrent jamais par la pression, la langue resta naturelle, l'appétit se conserva, et les digestions se faisaient très-bien. La sécrétion urinaire devint très-abondante, l'excrétion continuelle et involontaire, la défécation rare et très-difficile.

La respiration devint gênée, petite, fréquente; on comptait jusqu'à 37 inspirations par minute : le pouls, petit, fréquent, battait de 100 à 104 fois.

La marche resta très-difficile, les jambes se traînaient, la sensibilité était partout conservée. Quelquefois il y avait des mouvemens involontaires des membres inférieurs, et toujours sensation de fourmillement.

Cette femme s'est constamment refusée à toute espèce de médication énergique contre l'affection de la moelle épinière; elle expira dans un accès de dyspnée subite, dont on ne connut pas la cause.

Autopsie. — Canal vertébral. Une tumeur oblongue est située derrière la face postérieure du corps des huitième et neuvième vertèbres. Elle diminue le calibre du canal. Elle a environ quatre pouces de longueur. Elle touche, en avant, le tissu osseux; en arrière, elle est recouverte par le ligament vertébral et la dure-mère, qui ne fait qu'y adhérer, et n'offre d'autre altération organique qu'une injection très-prononcée dans toute son étendue. Cette tumeur, à sa partie supérieure, est formée de deux portions oblongues, séparées dans leur partie moyenne par un sillon profond. A l'extrémité inférieure de ce sillon commence une troisième portion oblongue, ovale : sa couleur est jaunâtre, plus marquée sur la portion inférieure; sa consistance est celle des matières stéatomateuses; sa nature semble être du pus concret renfermé dans du tissu cellulaire, et provenant d'une carie voisine.

Les corps des huitième et neuvième vertèbres sont cariés ; c'est à leur niveau surtout que la dure-mère est le plus injectée.

La moelle épinière est entièrement saine, ainsi que les cordons antérieurs et postérieurs ; seulement elle est légèrement aplatie au niveau de la tumeur.

En examinant la colonne vertébrale par-devant, voici ce qu'on observa. A gauche, au niveau de la concavité des vertèbres malades, est une collection de pus communiquant avec les surfaces osseuses cariées et la tumeur du canal : un stilet légèrement introduit eut bientôt franchi l'intervalle. Elle s'avance dans l'espace intercostal gauche à plus de deux pouces, et c'est à cette extrémité que la fluctuation est le plus évidente. Là, le pus est immédiatement sous la plèvre, qui est épaissie dans toute l'étendue de la tumeur et très-rouge. La fluctuation a lieu dans un point circonscrit et plus saillant que le reste, qui a le volume d'un petit œuf; le pus qui en sort est concret, grumeleux comme celui du canal vertébral.

Les organes de la poitrine ne présentent rien de particulier ; les poumons sont partout crépitans; sur la partie postérieure du gauche on voit l'enfoncement correspondant à la tumeur.

L'estomac et les gros intestins depuis le colon ascendant sont rétrécis ; le rectum est très-dilaté; l'intestin grêle qui, le recouvre en grande partie, a son volume naturel, la muqueuse intestinale est un peu rouge vers la fin de l'intestin grêle; c'est la seule altération.

Les reins sont très-volumineux, mais sans altération manifeste.

Rapprochons ce fait de cette série de symptômes abdominaux nommée *colique métallique*, où la douleur abdominale est vive et reste la même sous la plus forte pression, où la moelle épinière malade donne deux symptômes propres, la douleur locale sur le trajet de la colonne, et la faiblesse musculaire des membres, nous verrons quelle influence a cette moelle épinière sur l'état de l'abdomen.

L'art possède peu d'observations de maladies du système nerveux ganglionnaire? Elles sont cependant fréquentes si, comme tout l'in-

dique, il est le siége des sympathies; mais cette modification qui trouble sa fonction n'est point accessible à nos sens. *Morgagni* paraît l'accuser de plusieurs accidens. Voyez-le dans ses pages sur les maladies des reins, faire irradier l'irritation du siége de la maladie aux autres organes par les filets de ce système nerveux, tirer de là la cause des douleurs épigastriques, des vomissemens dans les néphrites.

Dans une de ses observations (1)..... Je le laisse parler..... « *In nostro hoc casu nulla de lumbis querela, non acerbissimus dolor ad vesicam, non hypochondriorum eraciatus, non vomitiones ; sed ad scrobiculum duntaxat cordis dolores intolerandi unum erant signum renum pessimè se habentium.* . . . . . *Quod ad genus descriptas doloris exarcerbationes referendas existimamus, ab nervorum in renibus tantâ irritatione repetentes, ut per alios colligatos nervos ad illas quas modò nominavimus partes propagata, in singulis ea quæ diximus, efficiat.* » Quel est ici le système nerveux affecté? Est-ce l'encéphalique? Non, sans doute; les reins ne reçoivent que des nerfs ganglionnaires qui ont leur centre au fond de l'épigastre, *in scrobiculo cordis.* Les ganglions semi-lunaires seront donc le siége de la douleur, le point de départ des autres accidens, des vomissemens, des hoquets. Si je ne craignais d'abuser du temps, j'aimerais à analyser cette belle observation de *Morgagni* jusque dans ses moindres détails. Je n'y prends que ce qui a rapport avec ce que j'avance; mais je ferai remarquer encore qu'il aime mieux attribuer tous les accidens gastriques à l'irritation nerveuse qu'à quelque chose de noirâtre, *vix aliquid leviter subatri, quem ventriculi cætera sani fundus ostendebat.* Combien de physiologie pathologique dans ces analyses écrites par l'amour de la science, et non forcées par les doctrines!

J'irai plus avant dans la route tracée par le professeur de Padoue, et le choléra-morbus sera pour moi une affection du système nerveux

---

(1) *De morbis ventris*, epist. 42, n^os. 13 et 14.

ganglionnaire. Dans cette maladie, où chaque organe de l'abdomen manifeste une lésion par les symptômes les plus tranchés, où leur apparition a la rapidité de la foudre, caractère de la plupart des phénomènes nerveux, je verrai un stimulus, je ne sais lequel, partant d'un centre inconnu, porté sur ces nerfs, et irradiant dans toutes les ramifications. Peut-on objecter avec bien des droits qu'une inflammation très-violente doit être ainsi? Mais une inflammation naît et s'accroît; il lui faut au moins quelques heures pour se montrer; elle produira tous ses accidens lorsqu'elle sera parvenue à son summum d'acuité; mais l'intervalle qui sépare sa naissance de ce summum d'acuité ne restera pas un état d'intégrité de la fonction de l'organe. Le même instant, au contraire, suffit pour que le dernier filet nerveux reçoive le contre-coup du choc éprouvé par le centre qui l'anime : le mouvement du cœur serait sensible à la dernière artériole : égale rapidité pour les deux phénomènes. Objectera-t-on encore que le choléra-morbus borne ses accidens à la cavité abdominale, et que, par les raisons même que j'ai données, le système nerveux ganglionnaire thoracique ne doit pas rester intact près du système ganglionnaire abdominal malade? Je citerais une observation d'un choléra-morbus périodique où les accidens thoraciques étaient d'une intensité extrême, s'il ne me suffisait de rappeler la petitesse du pouls, la gêne de la respiration; cette teinte livide, violacée de la face, qui disent assez haut que la circulation, l'hématose sont altérées.

Le choléra-morbus est une maladie dont les principaux symptômes sont abdominaux; il a donc eu des droits au nom de *maladie abdominale;* mais comme le siége que je lui donne est commun aux autres grandes cavités, dans ce rapprochement des maladies qui se compliquent de symptômes abdominaux, je l'appellerai encore *une maladie nerveuse*, pouvant simuler un maladie abdominale.

Ainsi l'erreur est facile : elle sera de peu de durée si, comme chez Gueudet (deuxième observation), le raisonnement peut faire découvrir une cause éloignée aux accidens dont on est témoin; mais chez Vase (première observation), qu'il est difficile de ne pas porter toute

son attention sur le cerveau, qui seul paraît malade : ce délire, cette stupeur, ce strabisme, une vive sympathie les produit, peut-être une altération de tissu ; mais elle n'est point accessible à nos sens.

Baglivi, qui a recherché les différentes mutations des maladies sur tel ou tel organe, n'a pas indiqué bien précisément quelle maladie pouvait venir à la suite d'une phlegmasie abdominale. Lorsqu'il dit : « *Omnia cerebri ut eumquè afflicti mala consentiunt cum stomacho, ejusque societatem incunt,* » nous voyons-là l'observation de Vase, où le cerveau était pour nous très-malade, sans que nous ayons le droit de dire que les organes digestifs étaient sains. Mais une maladie qui abandonne tout à fait l'abdomen, et qui se montre seule, entière sur un autre organe, j'en ai vainement chez lui cherché le nom. J'en vais citer une, et par elle je contredirai ce qu'il pense dans ces phrases : « *Omnes morbi qui aliorum successione veniunt per propagationem aut per translationem sunt prioribus molestiores. Quin etiam ab omni transitu et progressu facilis fit ad eas partes recursus atque reversio undè morbifica vis primùm manavit, si quidem in illis partibus impressa manent veteris mali vestigia.* »

III^e^. OBSERVATION.

Claire Alliard, âgée de trente ans, entrée à la Pitié le 11 janvier 1827, est accouchée heureusement il y a six semaines ; huit jours après, les lochies coulant encore, elle prit un purgatif violent qui les supprima. Dès-lors le ventre se tuméfia légèrement, des douleurs passagères s'y firent sentir, quelques vomissemens et hoquets eurent lieu.

Elle offre, à son entrée à l'hôpital, tuméfaction peu marquée de l'abdomen, sensibilité générale légère, mais très-vive dans la région iliaque gauche, et qui augmente par les simples mouvemens respiratoires ; rapports gazeux très-abondans, fétides ; langue naturelle, soif modérée, appétit nul, digestion pénible des alimens que la malade tentait de prendre, constipation ; depuis quelques jours les vomissemens et les nausées n'ont pas reparu ; face pâle, légèrement grippée ;

pouls fréquent, petit; peau d'une chaleur modérée, céphalalgie peu marquée, sommeil difficile, maigreur extrême.

Des sangsues furent appliquées sur le point douloureux, le ventre fut couvert de cataplasmes émolliens, boisson gommée, diète.

Le 14, la douleur locale avait disparu, mais celle qui siége dans tout l'abdomen s'était exaspérée; le ventre n'était plus tuméfié. (12 sangsues aux vaiss. hémorr., bains, diète.)

Le 20. Les vomissemens ont eu lieu plusieurs fois depuis l'entrée de la malade : ce sont des matières vertes, huileuses, essentiellement bilieuses. L'abdomen est toujours douloureux, et toujours il y a une région, tantôt l'une, tantôt l'autre, qui l'est beaucoup plus. Il offre une rétraction sensible; on distingue les battemens de l'aorte derrière la masse intestinale; un léger écoulement vaginal séro-sanguinolent s'est manifesté de temps en temps; accès de fièvre, qui n'offre aucun type régulier, soit pour son intensité, soit pour son retour.

La diète lactée avait légèrement amendé cet état vers la fin de janvier; une indigestion fit reparaître tous les accidens, et même à un plus haut degré; ils cessèrent lentement, et cette femme, d'une constitution très-délicate, d'une maigreur extrême, vers la fin de février et les premiers jours de mars, était dans un état dénotant une phlegmasie persistante d'un organe de l'abdomen. Le ventre était rétracté, faiblement sensible, la digestion du lait se faisait bien; mais si la malade voulait prendre un peu plus, des symptômes aigus revenaient. De temps en temps accès de fièvre, vomissemens spontanés, constipation constante, affaiblissement très-marqué.

Le 14 mars, sans cause connue, sans affection morale, la malade est prise d'un délire furieux avec envie de mordre : il cesse pendant un jour, et reparaît ensuite, et en dure huit continus. Peu après il cesse; mais la malade reste dans un état d'idiotisme complet, et ce qu'il y eut de bien remarquable, c'est que cette femme, dont le ventre était toujours douloureux, dont l'estomac digérait à peine le lait, qui ne pouvait se lever de son lit, marche maintenant toute la journée, digère des quantités énormes de pain sans le moindre accident.

Au bout de quelques jours elle n'est plus la même, un embonpoint rapide se développe. L'idiotisme continua, mais non aussi marqué; il arriva même un temps où il fut permis de la renvoyer chez elle. J'ai revu depuis cette femme plusieurs fois; c'était une des plus belles santés, mais il y avait toujours un peu d'idiotisme dans ses yeux et dans ses paroles.

Voici maintenant une émigration de maladie abdominale qui confirme ce qu'a dit *Baglivi.* La nouvelle maladie fut mortelle quoique n'atteignant pas un organe aussi important que dans l'observation précédente.

IV^e^. OBSERVATION.

Une femme âgée de quarante-trois ans, vivant depuis long-temps à la campagne, était venue depuis un mois environ habiter un quartier malsain de la capitale (les environs de la Place Maubert), à un étage élevé cependant, mais toujours rempli des mauvaises odeurs de latrines situées tout près. Elle y eut beaucoup d'ennui, perdit l'appétit, devint triste. Un jour, peu d'instans après avoir mangé, elle se lava la tête avec de l'eau froide; ses règles coulaient depuis quelques jours, elles furent arrêtées. Dans la nuit suivante, elle eut une indigestion, et le lendemain éprouva des symptômes fébriles; bientôt ses jambes devinrent douloureuses, se gonflèrent, se couvrirent de taches brunâtres. Après quelques jours elle entra à l'hôpital Necker, le 12 août 1825.

Elle présente à son entrée les symptômes suivans : défaut d'appétit, langue blanche, décolorée, sans enduit; constipation; pouls faible, petit; respiration naturelle; pas de céphalalgie; faiblesse générale. Les jambes sont douloureuses, tuméfiés légèrement; dans leur continuité existe une grande quantité de taches qui, malgré leur rapidité à paraître et les douleurs qui les accompagnent, ont tout à fait l'aspect des taches scorbutiques; en dedans et en bas de chaque cuisse est une plaque de l'étendue de la main qui offre les mêmes caractères; elles sont tranchées, irrégulièrement circonscrites. Il faut

ajouter à cela la faiblesse, la décoloration de la bouche, quelques saignemens des gencives, et l'on aura la certitude d'une affection scorbutique aiguë. (Limon. végét; diète.)

Le 14, les taches ont presque entièrement disparu, d'autant plus sensiblement qu'elles étaient plus intenses; ainsi les grandes taches des cuisses n'ont laissé qu'un teinte rougeâtre; mais il est survenu des symptômes d'une phlegmasie abdominale, il semble qu'il y ait eu métastase; ces différentes circonstances excluent la seule ecchymose dans la nature de ces taches. Une péritonite aiguë est évidente. Vomissemens de matières verdâtres porracées, épaisses; hoquets; sensibilité extrême de tout le ventre, surtout de l'épigastre; pouls petit, fréquent; extrémités froides, face grippée, exprimant une violente anxiété. La bouche est toujours blanche, la langue moins humide; constipation. (Tisane d'orge, trente sangsues sur le ventre, catapl. émoll.; diète.) Jusqu'au 18 légère amélioration; la phlegmasie combattue par des sangsues en grand nombre, par des fomentations narcotiques, des lavemens émolliens, n'a plus la même intensité : les vomissemens ont cessé, mais des hoquets fatigans continuent; le pouls s'est développé. La malade se plaint de douleurs au bas des lombes : sur le coccyx est une escharre de la grosseur d'une lentille, entourée d'un cercle inflammatoire.

Le 19, cette douleur, cette escharre, ce gonflement sont augmentés. (Petit-lait, catapl. sur le ventre, vingt sangsues autour de l'escharre.)

Le soir, la malade est très-agitée, mais ne dit pas plus souffrir que le matin; les sangsues n'ont pas donné beaucoup de sang. Dans la nuit ont commencé à se manifester des douleurs atroces, brûlantes, disait la malade, sur le sacrum et les taches. Appelé auprès de la malade à quatre heures du matin, je vis sur le côté gauche, de l'étendue de la main, des taches brunâtres, violettes, non réunies. Le gonflement qui recouvrait toute cette partie des lombes était très-considérable. Agitation extrême, gémissemens continuels; face pâle, décomposée; pouls insensible, extrémités froides.

A neuf heures, toute la partie couverte de taches violettes à quatre heures, est entièrement noire, et tout le reste du gonflement en est maintenant couvert. La rapidité de la marche de cette gangrène est énorme

A onze heures, léger délire manifesté par de la loquacité, et un peu de sécurité sur son état. Mort à midi, après deux syncopes.

Autopsie. Le péritoine est rosé dans une grande partie de son étendue, ailleurs il a conservé la teinte blanc-bleuâtre ; il n'y a pas la moindre trace d'épanchement soit liquide, soit sous forme de fausses membranes ; mais outre que l'épanchement n'est pas constant dans la péritonite, celle-ci chez cette femme avait en partie cédé depuis trois jours : une irritation violente établie tout près a très-bien pu favoriser la résorption du liquide. Sur la surface externe de l'estomac seulement le péritoine s'enlève avec la plus grande facilité.

La muqueuse gastrique est ramollie, avec le scapel on l'enlève avec facilité : elle offre trois plaques rouges-brunâtres de moins d'un pouce de diamètre ; le reste est de couleur naturelle.

Le duodénum et le commencement de l'intestin grêle sont fortement ecchymosés ; la séreuse et la muqueuse sont d'un rouge noir, mais résistantes, et paraissant saines d'ailleurs. Le tissu du foie est sain ; la vésicule est fortement distendue par la bile.

Les poumons et les plèvres sont sains, le cœur est volumineux, le péricarde contient environ deux onces de sérosité un peu trouble.

Les tégumens, gangrénés, se déchirent avec la plus grande facilité. Le tissu cellulaire sous-cutané, le tissu des muscles, qui est brunâtre, sont gorgés de sérosité brune, fétide. Cette gangrène s'étend depuis le milieu du dos jusqu'à la partie postérieure et supérieure des cuisses.

Chez cette femme, je n'en fais aucun doute, le péritoine fut malade, et la phlegmasie fut le résultat du passage sur lui de l'irritation des membres inférieurs. M. *Andral* (Clinique abdominale), dans la dixième observation sur les péritonites, observe tous les symptômes

de cette maladie ; et quoique l'autopsie ne justifie pas autant son diagnostic, il n'y persiste pas moins.

Il est difficile de se défendre d'un peu d'humorisme dans l'examen de la cause prochaine de ces désordres. Ces taches de mauvaise nature sur une femme qui venait d'échanger l'air pur de la campagne avec l'infection du plus dégoûtant quartier de la capitale, et respirant encore continuellement les émanations de fosses d'aisance, j'en vois la source dans un sang chargé de principes délétères, et je ne suis point surpris de voir se terminer par gangrène un phlegmon du tissu cellulaire sous-cutané.

Phénomènes gastriques.

Je commence par les phénomènes qui ont frappé mes sens d'abord, et ce sont les phénomènes gastriques. Peut-être cette marche laissera-t-elle encore à désirer : la gastrite, la péritonite, la néphrite ne commencent pas toujours par eux ; nous l'avons dit ; c'est par les troubles circulatoires et respiratoires. Observons que nous prenons les maladies abdominales à ce point où ces derniers troubles les avivent, où elles apparaissent bien caractérisées au milieu des symptômes étrangers, mais soumis, qui les entourent.

Il s'en faut que tous les phénomènes gastriques soient constans dans une phlegmasie abdominale, même la plus violente. D'un autre côté, il est certaines lésions d'organes regardées comme de ces symptômes, et qui n'ont cependant pas, je crois, toujours leur cause prochaine dans ces phlegmasies, mais dans les troubles extérieurs ; je veux parler de la langue, à l'état de laquelle on donne tant de poids, que l'on consulte si souvent, qui est si variable pour sa couleur, pour son volume, pour son état de sécheresse et d'humidité, non-seulement dans chaque phlegmasie de l'abdomen, mais dans chaque période de cette phlegmasie ; de la langue, que les phlegmasies de la tête et de la poitrine surtout influencent encore à un aussi haut point.

On dit que dans la gastrite la langue est rouge, c'est vrai ; mais

sera-ce cette rougeur de ses bords et de sa pointe avec enduit muqueux blanc-jaunâtre de sa partie moyenne, ou cette teinte blanchâtre parsemée de petites papilles rouges qui la surmontent ? Cette rougeur n'est pas pour moi celle que la gastrite amènera sur la langue. Je l'observe sur un individu qui a le ventre tendu, douloureux, avec diarrhée ou constipation, avec fièvre, pouls plein et fréquent ; je l'observe sur un autre individu qui tousse, qui respire difficilement, qui éprouve de la douleur dans un point de la poitrine, dont le pouls est aussi plein et fréquent. Pour quoi donc dans une gastro-entérite et dans une pneumonie la langue a-t-elle le même aspect ? Parce que ces deux maladies dans leur origine produisent des symptômes fébriles parfaitement semblables ; parce que le pouls plein et fréquent de l'une et de l'autre doit, par le volume et la quantité de sang qu'il envoie dans les organes, les tuméfier, les boursouffler, les rougir ; et quel autre organe plus que la langue doit ressentir ce premier effet, qui est placée si près du centre de la circulation, qui reçoit du sang de tant de vaisseaux, qui présente un tissu si vasculaire, si érectile. J'ai pris la pneumonie, j'aurais pu prendre l'arachnitis, l'érysipèle, la variole, toute maladie avec fièvre.

Que si maintenant on me montre une langue rouge, lisse, comme dépouillée, offrant sur sa surface des blancheurs rapides, phénomène qui n'est pas rare, et qui dépend de la pression exercée par les fibres mêmes de l'organe dans leur contraction ; si cette langue est peu humide, poisseuse, douloureuse, siége de picotemens incommodes, c'est-là, dirai-je, c'est-là la langue éminemment gastrique. Cet état est celui de l'estomac, d'où l'inflammation s'est propagée de proche en proche ; ou bien la muqueuse buccale, qui a tant de sympathie avec celle de l'estomac, s'est enflammée parce que celle-ci l'était. Remarquez que cette rougeur subsistera, quelle que soit la circulation. Si la maladie prend un caractère grave, si le pouls devient petit, concentré, la langue va sécher davantage, se racornir ; si sous l'influence de la résolution le pouls se relève, prend du volume, la langue quelques jours encore sera lisse et rouge ; mais la rougeur, dé-

pendant uniquement du volume du pouls, cessera à mesure qu'il reprendra son rhythme habituel : c'est une congestion qui rentre dans le torrent de la circulation.

Si la langue est jaune, c'est sans doute le produit de la sécrétion altérée de ses follicules qui y adhère ; elle a quelquefois une teinte réellement bilieuse, c'est dans les irritations du foie, du duodénum, de l'estomac. C'est peut-être par imbibition que la bile abondamment sécrétée et remontant dans l'estomac, vient sur sa surface.

Dans la plupart des autres phlegmasies de l'abdomen, la langue n'a d'autre altération que la blancheur de son tissu ; on peut en trouver la cause dans le pouls petit, cencentré, qui décolore tous les tissus. C'est dans les péritonites violentes surtout que cette blancheur est le plus remarquable, et que l'on trouve aussi la muqueuse intestinale le plus pâle.

La bouche est souvent le siége d'une sensation amère ; c'est lorsqu'il existe beaucoup de bile dans l'estomac. Cette sensation est constante dans cet état gastro-hépatique nommé *embarras gastrique*. On sait que l'évacuation de la bile par les vomissemens la fait promptement disparaître.

La soif est constante dans la gastrite, quel que soit son degré ; elle ne se montre dans les autres phlegmasies abdominales que lorsque le pouls est fréquent, que la chaleur de la peau est vive, que la fièvre est violente. J'entrerais inutilement dans les détails sur la production de ce phénomène ; je me borne à le citer ce qu'il est.

L'anorexie est constante dans les maladies aiguës de l'abdomen. Dans quelques maladies chroniques, la faim se fait sentir quelquefois avec violence, dans l'entérite entre autres ; mais il ne suffit pas à la digestion que l'estomac soit sain, il lui faut l'intégrité de toutes les fonctions ; elle ne se fera pas plus dans la pleurésie que dans l'hépatite. C'est comme un vœu secret de la nature d'arrêter la fonction de l'organe qui, fournissant à l'économie les principes assimilateurs, tendrait à la nutrition de l'inflammation qui les appellerait tous vers elle.

Il est un phénomène dont on ne parle pas dans les livres, auquel on donne peu d'attention au lit des malades; quoique remarquable en physiologie, on l'a sans doute jugé de bien peu d'intérêt en théorie, en pratique; je veux parler d'une odeur aigrelette particulière, vraiment *sui generis*, dont est empreint l'air expiré, odeur très-commune chez les individus affectés de gastrite, et nulle dans les autres phlegmasies abdominales et dans les thoraciques; elle ne peut tenir qu'à une altération des liquides sécrétés, laquelle est la conséquence nécessaire d'une modification organique que nous ne connaissons point. Assez de glandes sont influencées sensiblement dans les phlegmasies abdominales, les reins, le foie, les glandes salivaires, pour qu'on suppose, avec raison, que les follicules muqueux le soient de même. L'urine sera plus rouge, plus épaisse; la bile plus abondante, plus active, dit-on, la salive plus visqueuse. Ces différens liquides, ainsi que la sueur, pourront acquérir une odeur insolite. Le produit des follicules muqueux partagera sans doute cette susceptibilité; mais de ces follicules lesquels sont malades? sont-ce ceux de la bouche ou ceux de l'estomac? L'odeur ramenée ainsi en dehors par l'expiration semble plutôt venir de la première de ces deux cavités.

La douleur n'est pas la même dans toutes les maladies de l'abdomen; elle a des caractères différens suivant les organes affectés : profonde et compliquée de pincemens dans la gastrite; sourde, étendue et pulsative dans l'hépatite; latente, pour ainsi dire, et ne se développant que par les mouvemens ou par la pression dans la néphrite; accablante, plongeant les malades dans une prostration toute particulière dans la métrite puerpérale; sans caractères bien tranchés dans la cystite et l'entérite; dans la péritonite enfin, atroce et continue. S'il était permis de remonter à la cause première de cette douleur, de la trouver dans un afflux considérable de fluide nerveux sensitif, on n'aurait encore que la cause du phénomène en général, mais non la découverte de chacun de ces caractères dans chaque organe.

Cette douleur a encore d'autres variétés; et la première qu'elle nous offrira, c'est son absence. Ainsi cet estomac, si sensible, fourni

de tant de nerfs, doué de propriétés si énergiques, pourra être vivement enflammé, dévoré d'ulcères très-étendus et nulle douleur. L'explication donnée par quelques auteurs ne nous suffit pas ; et là nous voyons une disposition naturelle, et non un rempart emporté contre la sensation de la pression par des parois abdominales épaisses, et même des organes distendus de gaz. Le foie et les reins, plus que tous les autres organes, offrent cette particularité ; et la douleur locale du premier est souvent, pour ainsi dire, autour de l'épaule droite, du second au col de la vessie. M. *Serres* attribue cette douleur de l'épaule au tiraillement, à l'impression fâcheuse à laquelle est soumis le nerf diaphragmatique du plexus cervical. On conçoit ce tiraillement, le foie devenant plus lourd et tirant le diaphragme vers l'abdomen ; on conçoit encore que l'irritation de proche en proche peut monter jusqu'au muscle et toucher les nerfs qui s'y répandent. M. *Brachet*, de Lyon, dans un mémoire sur le système nerveux ganglionnaire, que j'ai souvent consulté avec fruit, fait puiser cette douleur aux nerfs encéphaliques dans les ganglions de la poitrine où se rendent les filets supérieurs du grand splanchnique. *Morgagni* dit que la douleur de la néphrite est plus souvent au col de la vessie qu'à la région lombaire ; et il l'explique par la propagation de l'irritation jusqu'à cette partie, et ses douleurs plus vives là où elle se termine.

J'ai bien souvent porté mon attention sur cet état de faiblesse qui accompagne ces horribles désorganisations des métrites puerpérales : ce n'est pas l'adynamie, où toutes les fonctions plus que tous les organes sont lésés ; ce n'est pas non plus cette prostration qui arrive aux derniers instans d'une pneumonie ou d'une péritonite. Au milieu de cet abattement profond, de cette indifférence sur son état, voyez encore cette agitation concentrée manifestée par de légères contorsions du tronc, des membres ; voyez ces grimaces, ces yeux grandement ouverts, cette expiration brusque, ces soupirs douloureux, ces gémissemens continuels. Interrogeons la malade; comprimons l'hypogastre, peu de douleur : ce *facies*, que la plume n'a rendu que

bien faiblement, est caractéristique ; et devant cette influence de l'utérus comme devant tant d'autres encore le médecin doit observer en silence.

La douleur abdominale, quel que soit l'organe affecté, quelle qu'elle soit elle-même, est pour moi le ressort puissant qui tient sous sa dépendance tous les autres organes, toutes les autres fonctions, et fait des désordres qui se groupent autour de la maladie principale un second genre tout à fait différent de ceux qui avaient précédé. J'ai indiqué déjà cette transition, elle sera plus développée à mesure que les différentes fonctions seront analysées. Disons seulement ici que cette douleur ne se borne pas à être locale, qu'elle agit sur l'économie entière bien autrement que ne le fait la douleur thoracique. Il y a dans la douleur abdominale, indépendamment de la lésion organique, quelque peu de tendance à la destruction de la vie ; elle est un point important de la physiologie de la mort, et je la regarde dans quelques maladies comme une de ses premières causes. M. *Andral* émet quelque part dans sa Clinique abdominale la même opinion.

La tension et le ballonnement du ventre ne sont que des phénomènes secondaires : en pratique, ils sont importans ; en physiologie, ils méritent peu de nous arrêter. On a dit qu'ils dépendaient du dégagement de gaz abondans dans l'intérieur des cavités intestinales enflammées, ou de la dilatation de ceux qui y existaient, suite d'une chaleur plus grande : je crois l'une et l'autre de ces deux explications possibles, et je les admets.

J'arrive enfin au vomissement : ce n'est pas sans crainte que j'aborde un phénomène qui naguère à excité les travaux des physiologistes, suscité de longues dissensions dont le choc n'a pas produit encore assez de lumière pour entraîner tout le monde : phénomène bien important, comme la *conditio sinè quà non* des maladies abdominales, et cependant que les maladies de la tête et de la poitrine leur disputent, sur lequel j'ai encore quelque peu de nouveau à dire, parce que la nature est immense, inépuisable dans ses effets, parce que, comme elle, son étude n a point de bornes.

Il y a trois choses importantes dans le vomissement : c'est la recherche de son mécanisme, celle des maladies dans lesquelles il se montre ; enfin la voie que suit l'influence de l'organe malade aux agens du phénomène. La première, tentée avec succès par M. *Magendie*, à des résultats positifs, et la physiologie dans ses mains, la pathologie partout ont montré un accord parfait. J'avoue, d'après ce que j'ai vu à l'amphithéâtre de M. *Magendie*, et dans ceux où j'ai pu faire des autopsies, j'avoue mon entière décision sur ce point de la science. A quoi bon rappeler les expériences? tout le monde les connaît ; et d'ailleurs c'est de la physiologie pathologique que je fais, c'est elle qui seule doit me fournir des argumens. On a donné beaucoup d'observations où les parois entières de l'estomac étaient envahies par des tumeurs cancéreuses qui rendaient toute espèce de contraction impossible, et cependant il y avait des vomissemens. J'en possède un grand nombre où j'ai même remarqué que c'était la membrane musculaire qui était la plus malade ; les citer serait revenir sur les pas des autres, je m'en abstiens ; mais je ne puis m'empêcher de tirer des deux observations suivantes des inductions bien fortes contre les contractions de cette membrane musculaire.

V^e^. OBSERVATION.

Marie Leperre, âgée de cinquante-huit ans, entra à la Pitié le 30 décembre 1826. Vers le mois de septembre dernier, cette femme resta quelque temps dans cet hôpital, vomissant plusieurs fois tous les jours des matières noirâtres, se plaignant de douleurs abdominales. Cependant elle se levait, mangeait, n'avait point de fièvre. On y fit peu d'attention : elle sortit. Dans les derniers jours de décembre ces vomissemens se remontrèrent avec plus d'intensité, et cela après une indigestion ; c'est ainsi qu'ils avaient paru la première fois il y a un an environ. La malade avait habituellement des pesanteurs à l'épigastre et des rapports très-fétides. Elle a pris rarement du vin pur et des liqueurs.

A son entrée à l'hôpital elle offre l'état suivant : face assez colorée, surtout aux pommettes; teinte jaune remarquable des ailes du nez et du pourtour des yeux seulement, couleur naturelle de la conjonctive, des lèvres, de la langue; nul symptôme fébrile, pouls lent, peu développé; sensibilité très-obtuse de l'épigastre; appétit nul, soif intense par momens, bouche amère continuellement; constipation ordinaire, forces peu diminuées, maigreur augmentée depuis peu de temps. Les vomissemens sont fréquens, abondans, rapides, et se font sans beaucoup d'efforts : ce sont des flocons plus ou moins gros, ou comme une petite graine, ou comme une amande, bruns, quelquefois verdâtres, granuleux, visqueux, nageant au milieu d'un liquide gras, comme huileux, jaunâtre, s'attachant très-facilement aux parois du vase. (Boissons froides légèrement astringentes, régime lacté.)

Cet état dura le même jusqu'au 19 janvier; mais depuis cette époque il prit de jour en jour un aspect plus grave; la face se décolora entièrement, le pouls devint plus lent et plus profond, la peau perdit sa chaleur; la sensibilité de l'abdomen augmenta, mais sans météorisme, et aussi sans que l'on puisse découvrir aucune tumeur; intervalle plus grand entre les vomissemens, mais ils sont toujours aussi rapides. Les matières vomies conservent les mêmes caractères.

Quelques jours après, affaiblissement extrême; langue pâle et sèche, teinte violacée très-prononcée du bout des doigts, des orteils et des ongles; pouls insensible, peau froide. Elle s'éteignit le 31 janvier.

Autopsie. Au milieu d'un vaste ulcère, qui comprend la paroi postérieure et le petit cul-de-sac de l'estomac, sont deux perforations dans lesquelles sont enchâssées et communiquent directement avec la cavité de l'estomac les substances propres du pancréas et du foie : celle-ci est la plus petite, et un œuf y passerait facilement; l'autre est plus étendue, oblongue, et laisse voir une grande portion de la face antérieure du pancréas hypertrophié. Une adhérence péritonéale s'est formée autour d'elles; sur le foie elle est on ne peut plus légère, et s'est détruite à la moindre traction; il en reste des traces sur l'une et l'autre portion du péritoine : c'est une matière jaunâtre, albumineuse.

Avec le pancréas, au contraire, l'adhérence est très-forte, et ne peut se détruire que par une traction très-forte. Les portions de ces organes ouverts dans l'estomac y sont à nu; seulement une fausse membrane très-mince recouvre le foie, qui offre là une dépression de quelques lignes; elle s'en enlève facilement. La substance du foie est peu altérée; elle est seulement plus molle. Les grains glanduleux du pancréas sont développés, plus blancs et plus durs que dans l'état naturel.

La portion de l'estomac qui est le siége de l'ulcère est très-épaissie; il ne reste plus que quelques fibres de la musculaire, encore non dans toute son étendue; le reste est une masse de tissu squirrheux, lardacé, plus ou moins dur, et couvert de fongosités mollasses et noirâtres. Sur les bords de l'ulcère, qui sont élevés, inégaux, coupés à pic, renversés dans quelques endroits, on distingue très-bien dans toute l'étendue la cessation de la membrane muqueuse, qui est molle et violacée; et dans quelques endroits de la musculaire, qui est blanchâtre.

Le reste des parois de l'estomac a environ deux lignes d'épaisseur, ce qui dépend du boursoufflement de la muqueuse : dans toute son étendue, elle est tuméfiée, injectée, ecchymosée, couverte d'une infinité de petits ulcères profonds, entourés d'un gonflement et d'une auréole rouge remarquable. Elle a conservé de la force et de la résistance.

La cavité de l'estomac contenait très-peu de matières semblables à celles vomies pendant la vie. Elles sont très-abondantes dans les intestins. Ceux-ci présentent dans toute leur étendue de l'injection, mais surtout dans les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle, où elle prend la teinte uniformément violacée.

Dans la cavité du péritoine était un peu de sérosité avec des flocons albumineux purulens.

La rate est très-petite.

Le reste des organes ne présente rien de remarquable.

Si pendant long-temps l'estomac s'était contracté assez fortement

pour rejeter par la bouche tous ces liquides, assurément ce n'aurait pu se faire sans que ces adhérences si minces, si faibles du péritoine gastrique avec le péritoine hépatique vinssent à se rompre. Il n'est pas probable qu'elles avaient pris cette mollesse seulement depuis la mort. Si, au contraire, l'estomac est comprimé par les organes environnans, aucune raison pour que ces adhérences éprouvent la moindre traction.

VI^e. OBSERVATION.

Marie Delage, âgée de cinquante-sept ans, entrée à la Pitié le 6 mars, présente au-dessus de l'ombilic une tumeur peu volumineuse, arrondie, douloureuse surtout à la pression, faisant une légère saillie au-dessus du niveau des parois de l'abdomen, qui est extrêmement rétracté. Cette tumeur dure depuis long-temps. Bien avant qu'elle ne commençât à paraître, la malade avait de fréquentes indigestions, des vomissemens quelque temps après avoir mangé, et de temps en temps la diarrhée; puis les vomissemens sont devenus fréquens et continus, se répétant plusieurs fois le jour. Elle a perdu son embonpoint et ses forces; elle a continuellement la fièvre; la langue est rouge et peu humide, la soif vive, la peau chaude et sèche, le pouls fréquent, petit. (Régime lacté.)

Quel est le siége de cette tumeur? Les vomissemens qui ont commencé la maladie, qui sont encore si fréquens aujourd'hui; les troubles digestifs qui ont précédé, accompagné son apparition, prouvent évidemment que c'est l'estomac à son extrémité pylorique. La situation qui le ferait siéger dans le colon tranverse est une circonstance peu importante, celle de tous les organes abdominaux étant tellement variable.

Les matières vomies n'offrent rien de remarquable; ce n'est que la tisane et quelques mucosités gastriques, qui ne sont nullement teintes par la bile; elles ont toujours été ainsi.

Cette femme s'affaiblit peu à peu; elle mourut le 24 mars.

Autopsie. — Position et rapports entr'eux des organes abdominaux. Le

foie, peu volumineux, est entièrement caché, et presque tout contenu dans l'hypochondre droit ; il ne dépasse pas l'épigastre à gauche. L'estomac, excessivement distendu, rempli tout l'hypochondre gauche, le flanc du même côté, descend obliquement jusque vers l'hypogastre, au-dessous du niveau de la symphyse sacro-iliaque ; son extrémité pylorique remonte derrière l'ombilic et au-dessus de lui, et forme là la tumeur apparente sous les parois abdominales. Dans l'épigastre, entre le bord antérieur du lobe gauche du foie, en haut, la petite courbure de l'estomac à gauche et en bas, le pylore et la première portion du duodénum à droite, est un intervalle dans lequel on voit en haut le pancréas, en bas la dernière portion du duodénum.

Les autres régions de l'abdomen sont remplies par leurs organes très-rétrécis. Le colon transverse est entièrement caché par l'estomac. La plus grande portion de la masse de l'intestin grêle est refoulée de haut en bas par l'estomac, et contenue dans la cavité pelvienne.

Pathologie. Le péritoine est dans toute son étendue rosé, très-finement et uniformément injecté ; sa cavité est libre partout.

La surface extérieure de l'estomac offre des marbrures violacées très-prononcées. A l'intérieur elles sont de même très-prononcées. Au milieu de sa face postérieure est une plaque assez étendue, très-rouge, dont la muqueuse, épaissie, très-injectée, ramollie, présentant un aspect velouté, est soulevée par un boursoufflement du tissu cellulaire sous-jacent, demi-œdémateux, demi-emhpysémateux, et cette dernière altération se continue bien au-delà de celle de la muqueuse. Les papilles de cette dernière sont très-longues, très-développées, ce qui lui donne l'aspect qu'on a aussi comparé à un gazon naissant. L'orifice du pylore est très-rétréci, et environné d'un cercle du tissu lardacé, blanc, très-dur, comme cartilagineux, résistant au scalpel, épais de trois lignes, et se continuant à deux pouces environ au-dessus dans l'intérieur de l'estomac, mais moins épais. Il paraît siéger dans la membrane musculaire, qu'on ne peut plus distinguer là où il existe. Dans le reste de l'organe, les fibres sont filiformes, et ressemblent à un

réseau à mailles très-séparées, dont les intervalles, quelquefois d'une ligne, laissent voir la muqueuse. Celle-ci est épaissie, ulcérée dans quelques points, boursoufflée, comme fongueuse et carcinomateuse dans d'autres.

Toute la muqueuse intestinale est aussi épaissie et fortement injectée depuis le duodénum jusqu'au rectum, mais plus ou moins; ainsi dans la partie moyenne de l'intestin grêle beaucoup moins qu'à ses extrémités, moins au cœcum et au colon ascendant qu'au côté gauche du colon transverse et la fin du gros intestin.

La rate et le foie sont petits, leur tissu est peu altéré. La vésicule biliaire est rétractée contre le foie; elle ne contient pas de bile, mais une trentaine de petits calculs bruns nuancés et striés de jaune. La muqueuse est pâle. Le pancréas est atrophié dans une grande partie de son extrémité gauche.

Le reste des organes abdominaux et ceux de la poitrine sont sains.

Est-ce qu'une membrane aussi distendue, aussi mince, aussi lâche, était susceptible d'acquérir une énergie subite capable de rétrécir la cavité de l'estomac? C'est impossible. Chez cette femme comme chez l'autre, le vomissement est l'effet des contractions brusques des muscles abdominaux, du diaphragme principalement. Observons un malade qui vomit : quelle gêne dans la respiration! il a fait une inspiration brusque et saccadée, et c'est à la fin de cette inspiration, suite de la contraction du diaphragme, que le jet du liquide a eu lieu par la bouche. Arrivée à son terme, cette inspiration semble vouloir se faire encore : il est probable que la contraction du muscle se maintient pendant quelques instans, puis elle cesse; l'expiration se fait, l'inspiration recommence, et avec elle le jet du liquide. Les muscles abdominaux se contractent aussi, leurs contractions douloureuses se font sentir jusque dans la région lombaire; mais leur action dans le vomissement est bien différente, je crois, de celle du diaphragme : ils ne font que présenter un plan solide, en rétrécissant la cavité abdominale, et c'est parce qu'il

est pressé fortement par ces muscles et par saccades par le diaphragme que l'estomac est forcé de se vider de ce qu'il contient.

Aura-t-on vu sans étonnement chez la femme Delage (sixième observation) cette absence complète de la bile, et dans le foie, et dans la vésicule biliaire, et dans le torrent circulatoire enfin : il n'y avait pas d'ictère, et tout porte à croire encore qu'il en était ainsi depuis long-temps : la muqueuse cystique était pâle ; et cette atrophie des glandes digestives, du pancréas, de la rate, la digestion ne se faisant plus depuis long-temps. Chez la femme Leperre (cinquième observation) la rate était aussi atrophiée. Mais revenons au vomissement.

Les maladies dans lesquelles se montre le vomissement sont nombreuses ; et, ainsi que je l'ai dit plus haut, il est commun à celles de la tête, à celles de la poitrine, à celles de l'abdomen. L'arachnitis commence par lui, mais ne le garde pas long-temps ; dans quelques cas d'hémorrhagie cérébrale il a lieu ; il est fréquent dans quelques maladies du système nerveux dont le siége n'est pas encore bien précis. Dans la poitrine, nous voyons souvent l'anévrysme du cœur en avoir souvent les accidens compliqués : il disparaît avec eux. Il ne sera pas inutile d'en donner des observations.

VII^e. OBSERVATION.

Fournier, âgé de vingt-quatre ans, d'une faible constitution, maigre, entra à la Pitié le 25 octobre 1827. Il n'accusa que des symptômes gastriques : depuis plusieurs mois une douleur continuelle se faisait sentir à l'épigastre ; l'appétit avait disparu, les digestions étaient pénibles, souvent accompagnées d'un flux considérable de salive ; très-souvent même les vomissemens avaient lieu. La constipation était habituelle. Cependant on observe aucun symptôme fébrile ou de maladie aiguë, point de chaleur à la peau ; pouls assez tranquille, langue naturelle ; il y a souvent de la céphalalgie. Cet état, et quelques autres signes, tel qu'un *facies* particulier, la couleur générale de la peau, portèrent notre attention sur la région du cœur, et nous

découvrîmes là la source des désordres abdominaux et de ceux, mais moins marqués, de la fonction de l'organe malade. Le cœur donne de l'impulsion; le son en est sourd, large; il semble qu'il frappe la poitrine dans une étendue égale à celle de la main. Le malade ressent souvent des palpitations, et c'est avec elles, ou peu de temps après elles que se montrent les vomissemens; il éprouve de la douleur à l'épigastre, mais il convient qu'elle a quelque chose d'étrange; elle semble alternativement monter et descendre de cette région à la région précordiale.

Une saignée de douze onces, des sangsues sur la région du cœur, une seconde saignée, les préparations de la digitale, le repos, des bains, le plus de diète possible, amenèrent bien lentement de l'amélioration; les palpitations et les vomissemens persistèrent le plus longtemps. Vers le milieu de novembre il ne vomissait plus, l'appétit était revenu, les digestions étaient faciles, les symptômes locaux du cœur étaient à peu près les mêmes. Il sortit de l'hôpital.

Je donne long-temps des soins à une jeune fille de vingt-deux ans, tourmentée par un anévrysme du cœur. Souvent huit ou quinze jours avant ses règles elle éprouve des battemens de cœur, de la dyspnée; elle vomit d'abord une fois, puis deux ou trois fois le jour. L'écoulement sanguin met fin à ces désordres, et laisse un calme de quinze jours ou trois semaines.

J'ai vu une maladie singulière, présentant le double aspect d'une pleurésie par l'acuité de sa douleur, par sa toux et son expectoration sanguinolente, d'une péritonite par l'étendue de la douleur et les vomissemens. A l'autopsie on trouva une inflammation très-vive, avec exsudation membraniforme bornée à la plèvre de la face thoracique du diaphragme du côté gauche.

Ce que je vais dire du vomissement dans les maladies de l'abdomen est peut-être contradictoire aux idées reçues : je note ce que m'ont montré mes nombreuses observations. Pour les maladies aiguës, en général le vomissement est d'autant plus fréquent que l'organe malade est placé plus près du diaphragme. Il sera fréquent dans les gas-

trites, les hépatites, les péritonites de la partie supérieure de l'abdomen : je ne parle pas du pancréas, ni de la rate; je n'en ai jamais vu de maladie aiguë. Il sera plus rare dans les métrites, les néphrites, les cystites, les colites.

Si je prends chaque maladie en particulier, les résultats ne sont plus les mêmes. Je ne crains pas de dire que la gastrite, la gastro-entérite amènent rarement le vomissement, tant aiguës qu'elles soient ; j'en donnerai les deux observations les plus tranchées.

VIII^e. OBSERVATION.

Le 16 juillet 1825, est entré à l'hôpital Necker un jeune homme âgé de vingt-trois ans, se disant malade depuis huit jours. La diarrhée n'avait pas cessé depuis l'invasion de sa maladie. Le ventre est douloureux dans toute son étendue; les selles sont très-fréquentes et douloureuses, la soif vive, la langue rouge et sèche, principalement à son centre; le pouls est fréquent, petit; peu de chaleur aux extrémités, surtout aux inférieures; coucher en supination. La face est grippée, exprime la douleur; les réponses sont lentes, difficiles; douleurs contusives dans les bras, les jambes, les lombes. (Tisanes adoucissantes, vingt-cinq sangsues sur l'abdomen, bain et foment. émoll., lavement émoll., diète.)

Le 17, la nuit a été très-agitée, les selles très-fréquentes; le malade dit souffrir beaucoup plus que la veille de l'abdomen, et surtout de la tête; le pouls est toujours petit. (Vingt sangsues à l'anus; même traitement.)

Le 18, le malade a déliré toute la nuit, et le délire continue encore tout le jour; il ne sait plus rendre compte de son état; il sort de son lit, veut marcher, mais il est pris de suite de syncope. Les symptômes gastro-intestinaux sont toujours les mêmes. (Vésicatoires aux jambes.)

Le 19, état plus grave; avec le délire prostration extrême; les selles et l'urine sont rendues involontairement; le pouls est filiforme, la moindre pression le fait disparaître; la peau, qui a moins de chaleur,

est aussi d'une pâleur remarquable. Dans la journée, il eut pendant quelques instans des mouvemens convulsifs. Dans la nuit les accidens reparurent, et furent promptement suivis des symptômes de l'agonie. Je le trouvai avec pouls presque insensible, face et extrémités froides et humides, respiration râlante, yeux renversés, pupilles dilatées, insensibles à la lumière. Il meurt quelques instans après.

Autopsie. — *Abdomen.* Le péritoine est rosé, principalement au mésentère et à l'intestin grêle. La masse intestinale, remplie de gaz, forme un volume considérable.

L'estomac considéré à l'extérieur est d'un rouge intense, surtout à sa grosse extrémité, ce qui dépend de la transparence du péritoine plutôt que de son injection. La membrane muqueuse, dans la partie indiquée, présente une rougeur des plus vives presque uniformément répandue, au milieu de laquelle on aperçoit quelques points bruns et même noirâtres; ces points sont mollasses: le reste de la membrane ainsi altérée ne paraît pas ramolli, elle résiste au scapel; dans les autres parties de l'organe elle est rosée. Le tissu cellulaire qui unit la partie malade à la musculaire est emphysémateux.

L'intestin grêle offre à l'extérieur et à l'intérieur des plaques rouges analogues à celles de l'estomac, mais moins intenses, et non emphysémateuses. Ce ne sont pas comme ordinairement des arborisations, mais des plaques rouges uniformes. Son extrémité, le commencement des gros intestins, mais surtout le cœcum, offre une grande quantité d'ulcérations à fond blanchâtre, bords relevés, quelques-unes entourées d'une auréole inflammatoire, presque toutes recouvertes d'une matière jaunâtre, assez dure, tantôt s'enlevant facilement, tantôt tenace sur l'ulcère. Les colons sont le siége d'une injection non-interrompue.

Le foie est pâle, très-friable; la vésicule est distendue par une bile ténue, jaunâtre, offrant la même couleur que la matière plastique déposée sur les ulcères, qui n'est autre chose sans doute que du pus concret coloré par cette même bile.

La rate est volumineuse ; sa couleur et sa consistance ne sont point altérées.

Thorax. Les poumons à leur partie postérieure sont engoués, noirâtres, exhalent une odeur très-fétide, comme gangréneuse ; mais le malade n'a rien présenté qui pût faire penser à une lésion grave de la poitrine, et de plus, cette partie des poumons est résistante. C'est une putréfaction très-rapide par la chaleur excessive.

Tête. L'arachnoïde est toute injectée dans quelques endroits, sur les lobes antérieurs et le lobe postérieur gauche surtout, elle est très-rouge et opaque. Du côté droit seulement il y a un peu d'épanchement lactescent dans les mailles de la pie-mère. Du même côté, dans une des circonvolutions du lobe moyen, est un peu de sang épanché. Le cerveau est sain ; point de sérosité dans les ventricules.

IX^e^. OBSERVATION.

Jacques Foucher, âgé de vingt-deux ans, entré à la Pitié le 29 mars 1827, est malade depuis quinze jours ; il rend d'ailleurs fort mal compte de ce qu'il a éprouvé. A son entrée à l'hôpital, il offre langue rouge, lisse et sèche ; soif vive, douleur abdominale absolument nulle ; léger ballonnement ; selles rares, très-dures. Toux fréquente, expectoration rare, filamenteuse, moulée sur les petites bronches, concrète ; douleur thoracique nulle ; bruit respiratoire grand, sonore, sans râle ; pouls fréquent, dur, assez développé ; peau brûlante, sèche ; pomettes très-largement injectées ; coloration jaune des ailes du nez et du pourtour des lèvres ; injection légère des conjonctives. Céphalalgie accusée nulle ; roideur des membres inférieurs.

Quel est l'organe malade ? Il semble être autant dans la poitrine que dans l'abdomen ; les symptômes de la gastrite ne sont pas plus évidens que ceux de la bronchite. Pour la première, nous avons la langue sèche, la soif, la constipation qui semblerait prouver que la muqueuse intestinale est partout aussi sèche que celle de la langue ; pour la seconde, toux sèche, expectoration rare et roulée comme du

vermicel ; le bruit sonore de l'air dans les ramifications bronchiques : c'est donc une inflammation générale des muqueuses ; remarquons encore cette injection des paupières. Le pouls est plutôt celui des maladies thoraciques. La douleur n'existe pas ; l'état de prostration où est plongé le malade donne raison de la difficulté de sa perception. (Trente sangsues au bas du sternum, fom. émoll., boissons gommeuses ; diète.)

Le 1^er^. avril, la nuit a été très-agitée ; stupeur de la face ; le ballonnement de l'abdomen a augmenté. (Seconde application de sangsues, vésicat. aux jambes.)

Le 2, délire ; stupeur plus marquée ; pouls mou, hésitant, irrégulier ; nul changement des symptômes pulmonaires et abdominaux. Mort le soir.

Autopsie. Situation et rapports entr'eux des organes abdominaux.

Le foie remplit tout l'hypochondre gauche et l'épigastre, descend dans ces deux régions au-dessous du relief cartilagineux des côtes, il dépasse la première et vient jusque dans la fosse iliaque droite où il est contact avec le cœcum ; son ligament suspenseur est situé presque sur la ligne médiane. L'estomac, assez distendu, descend obliquement de gauche à droite jusque dans le flanc droit ; il n'est là qu'à un pouce du cœcum. L'ombilic est situé entre son bord inférieur et des circonvolutions intestinales ; le gros intestin n'est nullement visible à l'extérieur, excepté le cœcum, dont le volume est considérable ; le reste de l'abdomen à gauche est rempli par l'intestin grêle.

Pathologie. La muqueuse intestinale est dans toute son étendue malade ; dans l'estomac la phlegmasie paraît exister depuis long-temps ; près du pylore elle est épaissie plus que partout, granuleuse : elle a environ une ligne d'épaisseur ; on la dissèque très-facilement de la musculaire ; elle résiste, et se déchire très-difficilement. La rougeur n'a pas partout la même intensité : près du pylore elle est peu marquée, mais à la grosse extrémité elle est très-vive ; là aussi la membrane est ramollie, et le grattage l'enlève facilement de la musculaire.

Dans l'intestin grêle elle est partout injectée, offre des plaques très-

étendues, de la rougeur la plus foncée; elle résiste au scalpel. Quelques ulcères existent à son extrémité cœcale; dans le gros intestin elle n'a que çà et là des plaques rouges de peu d'étendue.

Le mésentère ressemble parfaitement à un tissu rose; l'injection est très-fine, très-serrée; les glandes sont toutes engorgées, rouges, tuméfiées; fendues, elles laissent écouler des gouttelettes de sang; aucune ne présente de matière tuberculeuse ou de pus.

La rate est très-volumineuse, gorgée de sang, et remplie de milliers de petits tubercules extrêmement fins; un seul, gros comme un pois, est en suppuration. Elle est très-molle.

Le foie est volumineux, gorgé de sang; ses granulations sont très-marquées, violacées; son tissu est partout friable. Il y a peu de bile dans la vésicule.

Le rein gauche est plus volumineux que l'autre, brun foncé, très-dur. La muqueuse vésicale est rouge.

Le poumon gauche est rempli de tubercules petits et à l'état de crudité; quelques-uns sont ramollis, en suppuration. Il est peu crépitant. Dans le droit il y en a beaucoup moins. Les plèvres contiennent aussi d'assez nombreux tubercules, mais très-petits.

La muqueuse bronchique est, partout où on peut la suivre, de la rougeur la plus intense.

La séreuse péricardique, sur le cœur seulement, est parsemée de granulations tuberculeuses en grand nombre, dures, blanches, homogènes.

Le système encéphalique ne présente pas d'altération remarquable.

L'hépatite aiguë, que j'ai rarement observée, me semble avoir la même marche, exister souvent sans vomissement : je crois pouvoir dire que dans cette dernière observation il y avait hépatite. Dernièrement, avec mon ami M. le docteur *Boulu*, et M. le professeur *Chomel*, nous en observâmes une très-caractérisée, affectant la marche insidieuse de l'intermittence, entourée d'un appareil de symptômes assez graves pour faire croire à un abcès dans le parenchyme de l'organe, et ne produisant le vomissement que dans les accès, dont deux furent tout

à fait des choléra-morbus. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique, deux saignées en huit heures, et, dans l'intervalle, une application de sangsues sur l'hypochondre, nous vîmes cet état si grave s'améliorer rapidement : la douleur, qui était excessive, diminua; le pouls, qui était d'une lenteur remarquable, qui avait 40 pulsations par minute, prit bientôt du volume et de la vitesse. Après cinq jours la malade était en convalescence.

Je n'ai jamais vu de péritonite de la partie supérieure de l'abdomen sans vomissemens.

Dans l'observation de néphrite la plus caractérisée que je possède, laquelle était produite par l'abus de médicamens diurétiques, il n'y eut que deux vomissemens la veille de la mort, mais beaucoup de hoquet, quatre jours après l'existence des symptômes inflammatoires locaux et généraux les plus violens et les plus rebelles. J'ai des raisons particulières pour ne point citer ici l'histoire de cette intéressante maladie.

Je vais citer la cystite la plus prononcée dans ses symptômes, la plus profonde pour ses lésions, où il n'y eut point de vomissemens.

X^e^. OBSERVATION.

Beaujois, âgé de vingt-sept ans, entré à la Pitié le 29 juin 1827, est affecté depuis deux ans d'une toux continuelle. L'expectoration a été deux fois sanguinolente; elle est ordinairement rare : douleurs habituelles dans tous les points de la poitrine, amaigrissement. Depuis quinze jours environ des symptômes gastriques se sont manifestés; diarrhée, vomissemens, douleurs abdominales, fièvre continue, s'exaspérant le soir vers quatre heures; écoulement urétral sans douleur bien vive depuis plusieurs mois; éjection urinaire facile, peu douloureuse.

A son entrée à l'hôpital il offre : langue rouge, d'une humidité visqueuse; sensibilité générale de l'abdomen, soif intense, plus de vomissemens depuis huit jours; constipation, pouls petit, très-fréquent; peau chaude et sèche, respiration un peu accélérée, faible au sommet

des poumons, où l'on entend beaucoup de résonnance, sans râle dans le reste de leur étendue; toux fréquente, sèche; pâleur de la face, céphalalgie ne se développant qu'au moment de l'exaspération du soir. (Tisane gommée, fomentations abdominales, lavemens émolliens, diète.)

Jusqu'au 6 février l'état du malade avait peu changé, seulement depuis deux jours le redoublement du soir était plus marqué, avec frissons, et une période de chaleur très-intense, très-long-temps prolongée, les sueurs abondantes. Le 6 au matin, le malade n'a pu uriner depuis la veille; la vessie remplie d'urine forme une tumeur jusqu'à l'ombilic. L'introduction de la sonde est douloureuse, mais n'est pas arrêtée par un rétrécissement. On tire de la vessie une grande quantité d'urine claire, naturelle. (Même traitement; deux bains de siége.)

Le 7 février, mêmes accidens. (Vingt sangsues au périnée.) Le malade est sondé deux fois le jour; l'urine est naturelle. Le soir, délire, agitation très-grande, fièvre intense. L'introduction de la sonde est un peu plus difficile, plus douloureuse; quelques gouttes de sang, urines toujours naturelles.

Le 8, le délire a continué toute la nuit; le matin, agitation, fièvre intense. La région hypogastrique et le périnée sont peu douloureux, si ce n'est à la forte pression. Les autres symptômes abdominaux n'ont point changé. L'introduction de la sonde est facile; l'urine retirée est rouge, teinte de sang, en contient quelques petits caillots, et aussi quelques-uns de pus; elle est très-fétide. La sonde, retirée de la vessie, est teinte d'une couche nuancée de jaune et de noir très-analogue au sulfure d'argent, et qui s'enlève assez facilement par le frottement. (Lin. émulsionné, dix sangsues au périnée, bain entier, bain de siége.)

Le 9, symptômes cérébraux; strabisme double; grimaces et contorsions extraordinaires de la face au moindre mouvement; délire continuel, tranquille; sommeil nul; pouls petit, très-fréquent; peau

chaude et sèche. Il n'est plus possible d'obtenir quelque chose de certain sur ce que le malade peut éprouver.

La vessie, depuis hier soir, forme une tumeur jusqu'à l'ombilic; le toucher est très-douloureux. Cette circonstance, ainsi que l'état du pouls et cette grande anxiété du malade, dénotent aussi une péritonite du bassin. Le périnée n'offre pas de tumeur remarquable, et la pression en est beaucoup moins douloureuse.

La première moitié du liquide qui s'écoule par la sonde, facilement introduite, sort goutte à goutte, ressemble très-bien à de la gelée de groseilles un peu diffluante; la seconde est tout à fait liquide, mais d'un rouge noirâtre, contient une grande quantité de petits caillots de sang et de flocons purulens, se recouvre en se refroidissant d'une couche comme albumineuse, blanche, très-mince, est d'une fétidité insupportable. La sonde est toujours recouverte de sulfure d'argent.

Cet état dura encore deux jours; les accidens du côté de la vessie de l'abdomen en général continuent. Les symptômes cérébraux prirent de l'intensité; il survint de la prostration, tremblement des lèvres et de la langue, marmottement continuel; les yeux se couvrirent d'une pellicule grisâtre.

Le 11 au matin, plus de mouvement, si ce n'est quand il est excité par la douleur d'un pincement; pouls insensible, peau froide. Il mourut dans la journée.

Un abcès formé dans les parois de la vessie, non loin de l'ouverture de l'urètre, et ouvert dans la cavité par une escharre gangréneuse, avait été diagnostiqué pendant la vie, comme cause des troubles vésicaux.

Autopsie. La cavité du péritoine ne contient pas de liquide; cette membrane présente une injection très-prononcée, surtout sur les gros intestins et la vessie. Quelques parties même de ces organes ont un aspect violacé.

La vessie est distendue par du liquide en assez grande quantité; en la soulevant on distingue très-bien son degré de consistance; il est

épais et lourd. Une ouverture est pratiquée sur un de ses côtés, et beaucoup de pus fétide, jaunâtre, offrant çà et là des teintes sanguinolentes s'en écoule. Celle-ci étant fermée, une autre est pratiquée au sommet, et l'on voit le même liquide rouge, mêlé de flocons purulens et de petits caillots de sang, qui s'écoulait en dernier par la sonde, et qui surmonte le pus. Vers le côté droit du bas-fond de la vessie est une plaque noire, molle, très-fétide, percée d'une ouverture à son centre, d'où sort, en comprimant, le pus qui la recouvrait. Cette ouverture est la fin d'un trajet fistuleux, oblique, gagnant le côté gauche de la prostate, qui dans toute son étendue est le siége du foyer purulent. La plus grande partie de cette glande est détruite : elle semble une poche entourant l'urètre, et dont les parois sont aussi mince que la partie de l'organe qui recouvre l'urètre, et qui seule est intacte.

Le reste de la membrane muqueuse vésicale est épaissi, injecté, rouge.

Les autres organes abdominaux nous ont paru sains.

Au sommet du poumon droit, cavernes en partie remplies de pus et à parois presque cartilagineuses. Tout le poumon gauche est adhérent à la plèvre costale; quelques tubercules au sommet.

Épanchement séreux assez abondant dans les mailles de la pie-mère, surtout à la base du cerveau autour des nerfs optiques. Injection remarquable du tissu cérébral. Grande quantité de liquide dans les ventricules.

Outre que les colites que j'ai vues ont existé au plus haut degré sans vomissemens, je placerai ici un aspect tout particulier de cette affection : de toutes les maladies laissant sur les organes des traces appréciables, s'environnant de vives douleurs, je n'en connais point de plus innocente quant à la production des symptômes généraux, laquelle sera pour nous cette influence partant du point malade, irradiant sur tous les organes, et troublant leur fonction sans altérer leur tissu.

II^e. OBSERVATION.

Clinquet, âgé de quarante-cinq ans, entré à la Pitié le 9 juin 1827, depuis six mois a une diarrhée qui plusieurs fois a été sanguinolente, des douleurs sourdes, profondes, continuelles, dans la parties inférieure de l'abdomen surtout. Il y a dix jours, une hémorrhagie violente eut lieu par le rectum. Le malade avait jusqu'à présent, quoique faible et souffrant, continué de travailler; cet accident l'abattit tout à fait.

A son entrée à l'hôpital il présente : maigreur considérable, flaccidité et décoloration de la peau; face pâle, grippée, sillonnée profondément du trait naso-labial; langue rouge, sèche et dure; abdomen légèrement ballonné, excessivement douloureux, surtout à sa partie inférieure depuis l'ombilic; soif vive; point de vomissemens; diarrhée continuelle, selles jaunâtres, avec quelques stries de sang, douloureuses. Point de réaction; la peau est froide, le pouls a peu de consistance. Prostration extrême; parole difficile.

Il est impossible de trouver plus complet cet appareil abdominal, qui dénote des altérations anciennes et profondes. Ici des ulcérations en grand nombre doivent exister vers la fin de l'intestin grêle, mais surtout tout le long du gros intestin.

Remarquons, avec une lésion telle que celle qui va mettre fin aux jours de ce malheureux, l'absence totale de la fièvre. C'est de l'adynamie, en ce sens que l'économie affaibliepar de longues souffrances, épuisée par une diarrhée abondante et plusieurs hémorrhagies plus ou moins copieuses, ne peut plus recevoir de réaction; le peu qui reste de forces et de sang est concentré sur le gros intestin. Quelle médication employer? Rien ne peut sauver le malade; il faut tâcher de lui épargner quelques souffrances, en lui donnant quelques opiacés.

Dans la nuit du 12 la faiblesse augmenta; il s'éteignit le matin.

Les symptômes abdominaux observés avaient continué jusqu'au dernier instant.

Autopsie. Il est difficile à la plume de décrire l'énormité des altérations que présentent les intestins et le péritoine. Cette membrane, dans le flanc droit, est enflammée, couverte d'exsudations purulentes, solides, qui agglomèrent en paquet une partie du cœcum, du colon ascendant, de l'intestin grêle; en les détachant, on voit un foyer qu'elles circonscrivent rempli de matières fécales échappées du colon par deux ouvertures gangréneuses, d'un pouce à peu près de diamètre; de sorte que l'épanchement n'a pas lieu dans la cavité même du péritoine, dont la phlegmasie et les adhérences l'ont nécessairement précédé. Le rectum est encore entouré d'une péritonite avec fausses membranes. Le reste du péritoine est légèrement injecté.

La muqueuse gastrique et celle de l'intestin grêle sont saines, excepté cette dernière à un pied environ au-dessus du cœcum, où elle est épaissie, injectée; mais la muqueuse des gros intestins, dans toute son étendue, dans tous ses points, est couverte d'ulcérations innombrables très-étendues, tellement que la musculaire offre en dedans de l'intestin une surface visible plus grande qu'elle : ce qu'il en reste, et ce ne sont que des lambeaux, est épaissi de quatre lignes environ, boursoufflé de sang, livide, mollasse. La musculaire est très-épaisse aussi, ses fibres, augmentées de volume, sont comme dans un tissu lardacé. La séreuse est épaissie de même, très-injectée, de sorte que le colon, dans toute son étendue, forme un cylindre presque solide; on n'en peut détruire la forme ronde en le pressant.

Les deux ouvertures qui donnent dans le foyer cité sont près du cœcum, dans le colon ascendant, et se sont sans doute établies par la chute d'escharres gangréneuses; il y a encore aux environs des plaques grisâtres, plus molles que le reste de l'organe, et qui paraissent en être. Les autres organes de l'abdomen ne présentent rien de remarquable.

J'ai observé, dans le même hopital, peu de temps auparavant, un

homme affecté d'une colite sur-aiguë, suite d'un purgatif drastique, une décoction de coloquinte dans du vin blanc, et caractérisée par des selles fréquentes, très-douloureuses, sanguinolentes; par une vive douleur de tout l'abdomen; point de ballonnement, point de vomissement; aucun symptôme fébrile. Des sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux firent promptement disparaître ces accidens.

J'ai sous les yeux onze observations de métrite puerpérale; aucune n'est avec vomissemens, et elles sont toutes compliquées de phlegmasie du péritoine, qui enveloppe l'utérus et les organes adjacens. Je citerai les deux plus violentes; la seconde seulement s'est terminée par suppuration.

XII^e^. OBSERVATION.

Caroline Lacour, âgée de dix-neuf ans, entrée à la Pitié le 5 mai 1827, est accouchée il y a trois semaines à l'hospice de la Maternité, en est sortie après six jours. Les accidens ne tardèrent pas à se manifester; les lochies furent supprimées, les mamelles s'affaissèrent.

A son entrée à l'hôpital, elle présente : tuméfaction, ballonnement considérable de l'abdomen, douleurs obtuses, et encore ressenties seulement à la partie inférieure, à l'hypogastre; langue naturelle, nuls vomissemens, même depuis l'apparition des premiers symptômes; diarrhée abondante et continuelle de matières liquides jaunâtres ou verdâtres. Le pouls est petit, fréquent, régulier; la peau brûlante, de temps en temps couverte de sueurs, plus souvent sèche. La malade est dans un état d'affaissement considérable; les mouvemens de la parole même sont difficiles; les idées sont, comme le corps, dans une torpeur profonde.

La diarrhée nous semble être chez cette femme seulement une sécrétion abondante des glandes de *Peyer* et des follicules mucipares des gros intestins, due au voisinage de la phlegmasie métro-péritonéale, et de ses désordres que l'on peut soupçonner, comme

l'écoulement des larmes dans l'ophthalmie, de la salive dans les angines. (Vingt-cinq sangsues sur l'hypogastre, foment. émol. abdom., lav. émol., diète.)

Le 8, les symptômes, par une seconde application de sangsues, ne sont point amendés : il y a le soir exaspération violente, à la suite de laquelle la faiblesse augmente toujours. (Bains de siége, inj. narcot., vésic. aux cuisses.)

Les 9 et 10, nul soulagement. Les symptômes restent à peu près les mêmes. La prostration devient extrême. Mort le 11.

Autopsie. — Situation et rapports entr'eux des organes abdominaux. Le cœcum, les colons ascendant et transverse, l'S iliaque et une petite anse de l'intestin grêles sont les seuls visibles. Ils sont excessivement distendus, d'un volume énorme, et remplissent presque toute la cavité abdominale.

Le cœcum est à sa place, seulement sa distension le fait gagner l'axe du corps. Le colon ascendant n'a que deux pouces de hauteur. Le colon transverse a une disposition particulière ; il est oblique de bas en haut et de droite à gauche; près de la rate il fait un coude: et le colon, qui doit être descendant ou gauche, se porte au-dessus de lui, oblique par conséquent de gauche à droite, et un peu de bas en haut, touche le foie, en contact avec le côté gauche de son ligament suspenseur. Là il fait un second coude, recouvre l'estomac, et gagne l'hypochondre et le flanc gauche. L'S iliaque avance jusqu'à la partie médiane du tronc; un pouce à peine la sépare du cœcum ; elle recouvre l'utérus : l'anse intestinale visible est au-dessus d'elle.

L'estomac, singulièrement contracté, a le volume ordinaire de l'intestin grêle; il est très-profondément et entièrement caché sous le lobe gauche du foie, et un peu par la rate.

Le foie est refoulé dans l'hypochondre droit, à un pouce au-dessus du relief des côtes.

Pathologie. Le péritoine n'offre à sa partie supérieure aucune altération. Quelques plaques d'injections apparaissent sur l'intestin grêle et vers l'ombilic, sur les parois abdominales. Toutes les altérations

siégent autour de l'utérus. Ce sont des abcès dont le siége et les parois varient ; l'un, situé à gauche de l'utérus, a sa paroi droite formée par le corps de l'utérus lui-même recouvert d'une fausse membrane jaunâtre, assez résistante, au-dessous de laquelle le péritoine est épaissi, tuberculeux, très-rouge. Il s'était sans doute formé entre une adhérence de l'utérus et de l'S iliaque. Sa paroi gauche, formée primitivement par ce dernier organe, n'existe plus; les tuniques de l'intestin sont détruites, et les matières fécales sont en contact avec le péritoine utérin. L'adhérence circulaire n'est pas détruite ; l'épanchement a été circonscrit.

Un autre abcès est situé à droite, entre le corps de l'utérus et l'intestin grêle ; enfin un troisième existe entre la partie postérieure du cœcum et le ligament large : ces deux foyers contiennent un pus séreux, grumeleux, sans épanchement de liquides intestinaux. Les adhérences du péritoine qui les forme sont assez solides ; elles ont lieu au moyen d'une substance blanchâtre, plastique. Les angles qui en résultent sont recouverts, ainsi que les parties environnantes, d'une fausse membrane jaunâtre, qui s'en détache difficilement, et au-dessous de laquelle le péritoine est du rouge le plus vif, de manière à ce que l'injection soit à peine sensible. Ces altérations existent dans toute l'étendue des ligamens larges.

L'utérus a le volume du poing; son tissu est rouge, mollasse, gorgé de sang, sans abcès. On enlève de sa cavité une membrane rouge, épaisse, comme fongueuse dans toute son étendue, surtout près de l'angle gauche, siége probable du placenta.

La muqueuse gastrique est saine, ainsi que celle de l'intestin grêle. Celle des gros intestins présente çà et là quelques plaques d'injection ; elles sont plus rapprochées dans le colon transverse : au niveau de sa perforation dans l'S iliaque, elle n'est nullement altérée. Il est facile de distinguer, depuis le milieu de l'intestin grêle jusqu'au rectum, l'augmentation de volume des glandes intestinales sans rougeur aucune.

La vésicule biliaire est distendue par une grande quantité d'une bile noire épaisse. Les autres organes sont sains.

XIII^e. OBSERVATION.

Clarisse Passelet, âgée de dix-neuf ans, entrée à la Pitié le 28 avril 1827, est accouchée, il y a quinze jours, d'un premier enfant. Le travail fut long, les lochies coulèrent peu. Au bout de neuf jours, faible et souffrant encore, elle sortit de l'hospice de la Maternité. Chez elle, elle ne put reprendre ses occupations; les accidens abdominaux parurent, les douleurs, la tension, la suppression totale des lochies et du lait; pas de vomissemens, mais une diarrhée continuelle : elle prit plusieurs fois du vin chaud.

A son entrée à l'hôpital, la malade présente : tension abdominale considérable, ballonnement; partout le son est clair; la douleur est peu vive, et n'existe que dans l'hypogastre; la langue est blanchâtre, sèche, la soif ardente, la diarrhée continuelle; pas de vomissemens. L'affaissement est porté à un haut degré; la mémoire et la parole sont paresseuses, à peine si la malade a pu donner des renseignemens; les traits sont grippés, altérés; la face est pâle; le pouls est fréquent, petit, la peau chaude et sèche, la respiration difficile, mais se faisant et par le diaphragme et par les côtes. (Vingt sangsues à l'hypogastre, inject. et foment. émoll., tisane gomm.)

Le 1^er^. mai, aucune amélioration. Le soir, l'exacerbation est très-violente, et se prolonge bien avant dans la nuit, et même jusqu'au matin suivant; le pouls, toujours petit, est devenu mou, hésitant.

Le 3 mai et jours suivans, les symptômes ne sont nullement amendés; la malade est beaucoup plus faible. L'abdomen est toujours très-tendu; ce qui empêche sans doute de sentir la tumeur de l'utérus, si elle existe : il est aussi sonore et peu douloureux. La diarrhée continue; il ne survint pas de vomissemens. Mort le 7.

Autopsie. — Situation et rapports entr'eux des organes abdominaux. A la partie supérieure leur situation est à peu près normale, le foie

ne dépasse pas les côtes, l'estomac, nullement visible à l'extérieur, est recouvert par le colon transverse, qui se prolonge, jusque sous la rate, dans l'hypochondre gauche.

A la partie inférieure, l'S iliaque n'est pas située dans la fosse iliaque gauche ; elle devient transversale et très-distendue par des gaz, passe sur la vessie et l'utérus qu'elle recouvre, parvient dans la fosse iliaque droite, y fait un coude en remontant, se recourbe d'avant en arrière, et redescend dans la cavité pelvienne en se dirigeant derrière l'utérus.

Pathologie. Le péritoine ne contient pas d'épanchement liquide. Dans une grande partie de son étendue, mais principalement sur les parois abdominales, il a pris un aspect fibreux, à fibres très-prononcées, très-longues, se portant en tout sens, aspect analogue à celui de la dure-mère. Détaché des parois, il le conserve, et est fort épaissi. Des plaques d'injection deviennent très-apparentes à la partie inférieure de l'abdomen. Une collection séro-purulente, du volume d'une noix, est formée entre la face antérieure de l'utérus et la partie postérieure de l'S iliaque, adhérentes au moyen d'une substance plastique, recouvrant une injection beaucoup plus vive que partout ailleurs. Dans le foyer, le péritoine est aussi recouvert par une fausse membrane.

L'utérus est très-volumineux ; il est rempli d'une immense quantité de petits abcès, dont les parois sont inégales, friables, grisâtres, comme infiltrées de pus, et se confondent avec le tissu de l'utérus, qui présente une masse spongieuse, mollasse, remplie d'une sanie purulente. Les plus gros de ces abcès ont le volume d'une noisette ; les plus petits, celui d'un pois : ils ne communiquent pas ensemble.

La muqueuse utérine est tellement épaissie, inégale partout, qu'il n'est plus possible de voir l'insertion du placenta.

La muqueuse de l'estomac est saine ; celle de l'intestin grêle, à sa partie inférieure seulement et des gros intestins, est très-rouge, sans ulcération.

Ces métrites, on le voit, sont accompagnées de péritonites très-violentes. C'est une circonstance que j'ai bien des fois remarquée, que,

lorsque l'inflammation n'envahit que le péritoine du bassin, il n'y a point de vomissemens ; mais, à mesure qu'elle monte, les vomissemens apparaissent. Ce que j'avance ici, je le montrerai, non dans des observations séparées, mais nous allons chez les mêmes individus, avec cette ascension de la maladie, voir le nouveau symptôme.

XIV^e. OBSERVATION.

Bessonnay, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution faible et lymphatique, entré à la Pitié le 3 avril 1827, est depuis deux ans à Paris, et depuis ce temps il a très-souvent été malade, affecté de diarrhées fréquentes, qui cédaient à des tisanes de riz et au régime. Depuis dix jours environ il a éprouvé des coliques plus fortes et plus souvent répétées qu'à l'ordinaire, sans que la diarrhée soit survenue.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente : langue naturelle, douleurs de la partie inférieure de l'abdomen seulement, léger ballonnement, constipation, jamais de vomissemens, respiration naturelle, céphalalgie peu marquée ; pouls fréquent, assez développé, dur ; peau chaude, couverte de sueurs ; face pâle. (Tisane gomm., foment. émoll., diète.)

Le 5, même état.

Le 6, une péritonite suraiguë s'est manifestée ; douleurs abdominales excessives à la partie inférieure seulement ; tension considérable ; pouls petit, profond, irrégulier ; face pâle, traits altérés ; anxiété extrême ; respiration courte, accélérée, à laquelle ne concourt nullement le diaphragme. (Trente sangsues autour de l'ombilic, bain.)

Avec quelle rapidité le pouls a pris ses caractères abdominaux !

Le 7, douleurs moins aiguës, mais plus généralement répandues dans tout l'abdomen. (Quinze sangsues aux vaisseaux hémorr., bain.)

Peu d'heures apres la visite les vomissemens bilieux ont paru ; ils devinrent continus, fatiguans, douloureux. Le pouls prit une rapi-

dité extrême, la peau se couvrit de sueur, les douleurs s'exaspérèrent.

Ces symptômes durèrent toute la nuit suivante; au milieu d'eux les facultés intellectuelles restèrent parfaitement intactes. Mort le matin, après peu d'instans d'agonie.

Autopsie. Le péritoine est dans toute son étendue malade : partout il offre une injection très-vive. Il est cependant quelques plaques, et particulièrement sur les intestins, dont la rougeur est d'une intensité bien plus foncée. L'épaississement et l'opacité de la membrane sont sensibles. Sa cavité contient deux pintes environ d'un liquide homogène où nagent quelques flocons extrêmement petits, jaune-verdâtres, visqueux, fétides, ayant tout l'aspect du pus de la meilleure nature. Sur toute la partie inférieure de l'abdomen et sur toute la masse intestinale, le péritoine est recouvert d'une fausse membrane épaisse d'une demi-ligne, résistante, plus jaune que le liquide. Son adhérence est assez forte, mais surtout là où l'injection est le plus foncée, sur les intestins qui en sont enveloppés et ne forment plus qu'une masse entr'eux, recouverte par le grand épiploon qui lui est aussi fortement uni. A la partie supérieure de l'abdomen, sur le foie et l'estomac, on ne distingue pas de ces plaques rouges plus marquées, ni ces fausses membranes résistantes. L'injection est uniforme, et le péritoine n'est recouvert que par une couche du liquide qu'il renferme, mais ayant la consistance sirupeuse.

Le foie est très-dur; son volume, sa couleur sont sains. La vésicule biliaire est distendue par une grande quantité de bile épaisse, noirâtre et comme granuleuse.

La rate est très-volumineuse.

Les muqueuses sont saines; rien de remarquable dans le reste des organes.

Dans le Recueil clinique de M. *Andral*, il est un fait entièrement analogue à celui-ci; c'est la septième observation des péritonites. La fréquence du vomissement n'est pas la même dans les maladies chroniques de l'abdomen : dans les affections organiques de l'estomac, tou-

jours il existe, avec cette particularité presque constante, que c'est au début même de la maladie, si c'est le pylore qui est malade ; plus ou moins long-temps après son invasion, si c'est une partie de sa cavité.

Le vomissement est plus rare dans l'hépatite chronique, dans les tumeurs du foie.

Morgagni, quoiqu'il ait vu le contraire, semble croire que le pancréas ne peut guère être malade sans qu'il y ait vomissement. Avant de citer une observation de maladie de pancréas qui était sans vomissement, qu'il me soit permis de rappeler la théorie qu'il donnait. Il regardait le fluide pancréatique, qui en même temps que la bile arrive dans le duodénum, comme devant tempérer son âcreté et modérer son action sur la muqueuse ; s'il n'existe plus, la bile garde toute son énergie, et irrite continuellement l'estomac et les intestins (1). Il y a peut-être bien un peu trop d'humorisme dans ces idées ; mais elles séduisent, et ne sont pas de celles que l'on rejette sans examen.

XV^e^. OBSERVATION.

Marie Coulon, âgée de soixante-douze ans, entrée à la Pitié le 28 février 1827, abusait depuis long-temps des liqueurs excitantes et spiritueuses. Il y a huit mois elle commença à ressentir dans l'abdomen des douleurs lancinantes, fugaces d'abord, puis durant quelque temps ; enfin elles devinrent continues. Peu après apparut une tumeur près de l'ombilic, qui a pris assez lentement de l'accroissement. Il n'y eut jamais de vomissemens, et les digestions furent toujours naturelles ; peu d'appétit, constipation. La malade n'a cessé de travailler que depuis un mois.

A son entrée à l'hôpital, elle présente : maigreur considérable, teinte jaune de la peau, traits de la face grippés. L'abdomen dans

(1) *De morbis ventris*, epist. 30, n°. 11.

toute son étendue est le siége de douleurs très-vives et continues, lancinantes, semblant partir de la tumeur. Cette tumeur a le volume du poing; elle est située au-dessus et à gauche de l'ombilic, et monte jusqu'au relief des côtes sous lesquelles elle s'enfonce encore. Elle est très-douloureuse à la pression, qui de suite excite la contraction musculaire, et met toujours obstacle à l'exploration de la tumeur; cependant la peau semble glisser sur elle. Il n'y a pas de symptômes fébriles, mais une prostration très-marquée.

Après un mois environ de séjour à l'hôpital, nous avons pu observer un peu les fonctions digestives chez cette femme. Elles n'ont nullement varié de ce que les renseignemens nous ont appris. Nous avons plusieurs fois examiné les matières fécales; elles étaient naturelles. Les alimens se composaient de café au lait, avec le régime de l'hôpital; de l'eau vineuse sucrée, toutes choses excitantes, dont il n'était pas possible de la priver. Les digestions s'en faisaient bien, et les douleurs abdominales n'augmentaient pas. Aucun redoublement fébrile le soir. Le pouls était ordinairement petit, peu fréquent, régulier; la peau, souvent froide, présentait un phénomène remarquable; c'était de s'ecchymoser avec la plus grande facilité, non-seulement par le pincement, mais par le moindre frottement, aussi était-elle toute marbrée sur les bras et les mains.

L'absence des vomissemens, la facilité des digestions, empêchaient tout soupçon que l'estomac pût être le siége de cette tumeur. D'après les autres symptômes, le défaut de nutrition, les douleurs continues et vives, enfin la position, on la plaça dans un point de l'intestin.

Cet état dura jusqu'à la fin de mai; à cette époque les douleurs devinrent plus violentes, il survint une diarrhée passagère, la faiblesse augmenta; les ecchymoses sur la peau était très-nombreuses; il suffisait de la toucher un peu fortement pour en produire une. Cette femme succomba le 7 juin.

Autopsie. Au-dessous de l'estomac qui la contourne est une tumeur dont la base est profondément située. L'estomac y adhère seulement

par sa paroi postérieure, il est très-facile de l'en séparer; la rate, diminuée de volume, ne fait aussi qu'y adhérer. Cette tumeur est le pancréas dégénéré en une masse cancéreuse, du volume de la tête d'un enfant, qui a envahi tout le tissu cellulaire ambiant, l'épiploon gastro-splénique, la partie supérieure du mésentère, et une partie de l'épiploon gastro-hépatique. Elle est contournée à droite par le duodénum. C'est un tissu lardacé très-dur, injecté de vaisseaux sanguins, assez développés. Quelques points en sont tout rouges; d'autres sont ramollis. Quelques granulations de la glande pancréatiques sont encore apparentes çà et là.

Deux autres petites tumeurs cancéreuses, du volume d'une noix, existent l'une à l'intestin grêle, l'autre au colon transverse. Elles sont cachées entre des adhérences du péritoine, frappé dans sa partie inférieure de phlegmasie chronique; ont leur siége dans la séreuse et la musculaire seulement; elles sont plus gorgées de sang que la tumeur pancréatique. Quelques points du péritoine sont tellement injectés qu'ils semblent être des ecchymoses. Quelques onces d'une sérosité rougeâtre trouble sont dans sa cavité.

La muqueuse gastrique et la duodénale sont altérées d'une inflammation chronique; elles sont épaissies, très-injectées, granuleuses, et comme tuberculeuses, surtout l'une et l'autre près du pylore.

La muqueuse intestinale est saine dans toute son étendue, excepté au niveau des tumeurs cancéreuses, où elle est très-injectée; on l'enlève facilement de la tumeur.

Le foie est atrophié; la vésicule est remplie d'une bile rougeâtre, et contient deux calculs du volume d'une petite amande.

Les poumons sont remplis de petites masses cancéreuses au milieu d'un tissu parfaitement sain.

Les autres organes de l'abdomen sont plus ou moins sujets aux maladies organiques. A leur tête il faut placer l'utérus, puis l'ovaire, le rectum, les intestins, la rate, la vessie, les reins. En général, le vomissement y est très-rare, même avec les désorganisations les plus étendues. Que de femmes meurent dévorées par d'horribles cancers

de l'utérus, et qui jamais n'ont vomi ! J'ai vu mourir à l'hôpital Necker une femme de trente et quelques années, d'une affection cancéreuse énorme qui occupait tout le gros intestin, depuis la valvule iléo-cœcale jusqu'au rectum : il n'y avait point eu de vomissement.

Les matières des vomissemens ne sont pas très-variables; elles sont bilieuses, vertes, épaisses dans les gastrites, les hépatites sans ictère bien prononcé, même dans les autres phlegmasies viscérales aiguës, mais non uniformément : ainsi un jet sera simplement muqueux, un autre sera bilieux; ou bien dans le même la moitié du liquide sera bilieuse, l'autre muqueuse. Ceci tient sans doute à la quantité de bile qui est dans l'estomac, ou à l'instant où elle y monte. Dans la péritonite, le liquide a des couleurs plus remarquables; quelquefois il est vert; c'est la couleur de la bile : plus souvent il est du bleu de l'indigo, ou noir comme l'encre. Sans doute la couleur de la bile s'altère mêlée à une grande quantité des liquides exsudés par la muqueuse stomacale. Dans l'ictère les matières sont blanches, muqueuses, non-seulement des vomissemens spontanés, mais encore de ceux qui suivent l'administration de l'émétique. Il y a plus encore : une hépatite existe; elle est très-intense; il n'y a pas encore d'ictère; les vomissemens sont bilieux; l'ictère survient; ce ne sont plus que des mucosités. Citons une observation : Un enfant de cinq ans, recevant très-vivement toute impression, éprouve une peur très-violente, et qui fut suivie de syncope; la fièvre s'alluma. Je le vis dès le lendemain de l'accident, et je reconnus une hépatite. Il y avait eu deux exacerbations avec frissons; l'une la veille au soir, l'autre à dix heures du matin. La langue est humide, légèrement blanchâtre et parsemées de quelques papilles rouges, la soif peu intense; la douleur épigastrique très-forte, au point de faire craindre au petit malade l'approche de la main, l'application d'un cataplasme. Le ventre est très-ballonné : on sent très-bien dans l'hypochondre droit la tumeur du foie. Il y eut plusieurs vomissemens, et les matières en sont bilieuses, très-épaisses. Les déjections alvines ont été assez fréquentes; elles sont liquides, jaunâtres: l'urine est trouble, rouge, huileuse; elle

dépose : le pouls est fréquent, assez développé ; la peau chaude, humide ; la conjonctive a une teinte jaune, ainsi que le pourtour des lèvres. (Six sangsues furent appliquées sur l'hypochondre droit ; elles saignèrent dans un bain émollient.) Le soir, il y eut une exacerbation violente avec vomissemens, dont les matières ne sont que teintes par la bile. Le quatrième jour, l'ictère est très-prononcé : il y eut une selle grisâtre. Le soir, redoublement de la fièvre avec quelques efforts pour vomir : la tisane seulement et quelques mucosités furent rejetées. Cependant la douleur épigastrique diminua, la peau fut deux jours couverte de sueurs, les accès de fièvre ne se montrèrent plus, le foie cessa de faire tumeur au dehors des côtes, la guérison fut prompte.

Pour rendre compte de cet aspect des matières vomies dans l'ictère, je prendrai l'explication qu'ont donnée les auteurs de la blancheur des matières fécales dans ces maladies. S'il n'y a point de bile pour les colorer, il ne peut y en avoir pour colorer celles qui sont dans l'estomac. Comment la bile y viendra-t-elle, si le gonflement de la muqueuse du canal cholédoque, rétrécissant son calibre, la retient dans la vésicule ou même dans les canaux biliaires du foie lui-même, d'où elle sera reprise par les absorbans ; si les matériaux de la bile non sécrétée restent dans le sang. Ce sont là les deux théories de l'ictère : dans l'un et l'autre cas la bile doit colorer les tissus. Dans les néphrites où il n'y a plus sécrétion d'urine ; dans les rétentions d'urine, soit dans les reins, soit dans les uretères, soit dans la vessie, le malade n'exhale-t-il pas une odeur urineuse ? C'est exactement la même chose.

Il est impossible de refuser au hoquet la plus grande conformité avec le vomissement. Produit par les mêmes maladies, à peu près dans les mêmes circonstances, comme lui une inspiration altérée, il ne semble être que son ébauche. Est-il une contraction moins forte ou plus limitée du diaphragme, plus seule que la contraction du vomissement, ne s'accompagnant pas de celles des muscles abdominaux ? Ces questions, les expériences ne les résolvent point. A-t-on donc

oublié le hoquet dans les expériences? Non ; mais il est un phénomène entièrement indépendant, et de la volonté, et de l'action des médicamens.

Jusqu'à présent, pour ce grand phénomène du vomissement, nous sommes pour ainsi dire restés sur la surface de la physiologie ; avec les lumières de l'expériences, nous allons pénétrer plus avant, tenter ses voies obscures, avec le seul secours du raisonnement. Nous avons interrogé le système musculaire ; maintenant le système nerveux va nous répondre.

Les organes de l'abdomen, et j'y comprends le diaphragme, ont deux sources nerveuses ; l'une, encéphalique, par les nerfs pneumo-gastriques, les bronches diaphragmatiques des plexus cervicaux, et les paires lombaires et sacrées ; l'autre, ganglionnaire. Tout ce qui est sensation, mouvement, est du ressort de la première ; tout ce qui est travail vital est du ressort de la seconde. Ainsi, c'est aux pneumo-gastriques que sont confiés le soin d'avertir du besoin des alimens, la faim, et les contractions de la membrane musculaire, qui offrent à la muqueuse, les unes après les autres, les substances à élaborer ; mais ce sont les nerfs ganglionnaires qui accomplissent cette élaboration. En pathologie, c'est aux nerfs pneumo-gastriques qu'il faut rapporter la sensation nommée *nausée*, aux nerfs diaphragmatiques les contractions musculaires du vomissement, puis aux nerfs ganglionnaires, l'impossibilité ou du moins la difficulté de la digestion ; aux premiers, ainsi qu'aux nerfs rachidiens les douleurs locales ; aux ganglionnaires les douleurs sympathiques du dos et des lombes, siégeant dans les ganglions irrités et devenus sensibles : mais la moelle épinière elle-même peut aussi être le siége de ces douleurs.

Si c'est le diaphragme qui agit le plus dans les vomissemens, ce ne peut être qu'indirectement qu'il influence le pneumo-gastrique ; il n'envoie dans ce muscle aucun filet ; mais nous voyons ses filets stomachiques communiquer avec le nerf diaphragmatique. Nous trouvons ainsi la route que suivra l'irritation, quel que soit son point de départ. Si elle part du cerveau, elle viendra, ou par le plexus cer-

vical, ou par la huitième paire ; si elle part de la poitrine, ce sera encore cette double voie ; si enfin elle part de l'abdomen, elle remontera ou par le nerf pneumo-gastrique et touchera le nerf diaphragmatique, ou par le plexus cœliaque, où la puisera ce nerf qui y jette aussi des rameaux.

On a fait des expériences, et l'on a vu que des animaux à qui l'on avait coupé les nerfs pneumo-gastriques ne vomissaient plus par l'ingestion de l'émétique dans l'estomac ; mais sait-on si par l'irritation du nerf diaphragmatique, si par l'injection du poison dans les veines ils n'auraient point vomi ? Et encore ne pourrait-on pas dire qu'avec le nerf excitateur des contractions musculaires, il faut indispensablement, pour l'accomplissement du phénomène, le nerf siége de la sensation qui le précède ? Tout à l'heure je disais que le vomissement était d'autant plus fréquent que l'organe malade était plus près du diaphragme ; je dirai maintenant qu'il reçoit plus de filets du nerf pneumo-gastrique. C'est un principe que maintenant je ne crains plus d'établir ; il est fondé sur l'observation clinique, sur l'anatomie, sur les expériences.

Mais, dira-t-on, c'est une chose bien hypothétique, bien difficile à prouver, que cette propagation de l'irritation des nerfs ganglionnaires aux nerfs cérébraux. Pourquoi, si la propagation en sens inverse a lieu ? Et se refusera-t-on jamais à la voir dans ces troubles si profonds de la circulation, inséparables des affections morales vives, dans ces difficultés de la digestion, dans ces sécrétions si variées ? Mais l'autre ? Si l'on pouvait lever ce voile encore si obscur qui recouvre l'organisation des membranes de l'estomac, peut-être trouverait-on dans la muqueuse seulement le réseau nerveux ganglionnaire, dans la musculeuse seulement le réseau nerveux cérébral, dispositions qu'indiquent d'ailleurs les fonctions de l'une et de l'autre ; alors on dirait : cette gastrite, qui est comme muette, qui n'a que quelques légères sympathies, est bornée à la muqueuse, le système ganglionnaire seul est malade ; et cette autre, qui a des symptômes locaux très-apparens, une douleur très-vive, des vomissemens, de la céphа-

lalgie, elle s'est propagée jusqu'à la musculeuse, elle a influencé le système cérébral. J'aurai plus bas occasion de revenir sur cette influence des systèmes nerveux l'un sur l'autre.

La constipation et la diarrhée ont nécessairement pour cause prochaine une altération de la sécrétion intestinale. Diminuée dans la première, peut-être une espèce de paralysie de la membrane musculeuse coïncide-t-elle avec celle de la muqueuse : activée, au contraire, dans la seconde, une énergie accoutumée dans la musculeuse pousse-t-elle sans cesse les liquides vers la partie inférieure des intestins ?

Phénomènes circulatoires.

Une phlegmasie abdominale, à son début, aura un pouls large, développé, fréquent (14°. observation). Nous savons pourquoi : ce n'est pas encore celui-là qui nous occupe. Elle dure depuis quelque temps ; elle a pris de l'intensité : maintenant le pouls est petit, profond, tantôt d'une lenteur remarquable (5°. observation), tantôt d'une vitesse extrême, quelquefois irrégulier ; il est enfin abdominal. Eh ! qu'a-t-il donc de remarquable, de constant, ce pouls, pour usurper ainsi un nom ? Sur une hépatite, sur une colite, je le vois lent, concentré ; sur une péritonite, sur une néphrite, je ne puis compter les pulsations, tant elles sont vites, tant elles sont profondes. C'est donc cette concentration, cette profondeur ? Mettons encore en face les deux systèmes nerveux, et recherchons lequel des deux enchaîne ainsi le libre jeu du cœur, resserre sur elles-mêmes les parois artérielles. Sont-ce les nerfs cérébraux ? A peine si le cœur en reçoit ; les artères en sont dépourvues : à peine si, dans les maladies cérébrales, le pouls a quelque chose de particulier. Sont-ce donc les nerfs ganglionnaires ? Le cœur est presque sous leur seule domination ; les ratères qui plongent dans un tissu enflammé, les artères enveloppées du réseau de ces nerfs, dont les nerfs mêmes sont peut-être le plus souvent les premiers malades, seront comme un foyer dont le centre embrasé communique bientôt sa chaleur, ses feux aux substances

qui l'entourent. Comme la flamme, l'irritation gagne de proche en proche ; la flamme a rencontré quelque chose de facilement combustible, en un instant elle l'a dévoré : l'irritation rencontre les nerfs, puis le ganglion cardiaques, sources nerveuses du cœur, dont les sympathies sont si étroites, bientôt les contractions du cœur ont cessé d'être normales. Je ne puis cependant accuser de ce trouble si profond des organes de la circulation les seuls nerfs ganglionnaires. La douleur abdominale, phénomène encéphalique, dont j'ai déjà parlé, douleur si vive, si accablante, plus funeste quelquefois que la maladie qui la produit, n'y est pas étrangère. Nous reviendrons encore sur ce sujet quand nous traiterons des phénomènes nerveux cérébraux.

Voici des lésions de fonctions que je mets à côté de celles de la circulation, tant je trouve de rapports entre elles : je veux dire l'état de la peau et les sécrétions. La peau est chaude, halitueuse, turgescente, quand le pouls est plein et fréquent ; chaude, sèche, d'un toucher âcre, comme on dit, quand le pouls est petit, dur et fréquent ; c'est là le pouls abdominal, et l'on pourrait dire aussi, c'est là la peau abdominale : mais si le pouls devient petit, dépressible, peu fréquent, insensible, la peau est froide et humide. Ces phénomènes sont constans ; je puis dire qu'ils n'ont jamais manqué à ma longue attention : le raisonnement physiologique, la clinique, me les avaient indiqués avant que je ne les visse épars dans les livres de MM. *Broussais*, *Goupil*, *Magendie* et *Desmoulins*. Je ne veux pas parler des discussions sur la source de la chaleur animale, que le dix-huitième siècle, dans la bouche de *Lavoisier*, regardait comme un phénomène chimique ; théorie, il faut l'avouer, qui dut paraître bien séduisante, mais que le dix-neuvième rapporte à une action purement vitale. Je dirai que plus la circulation et la respiration sont activées, plus il doit y avoir de chaleur produite à la peau ; et sans doute il en est de même pour les autres organes : au contraire, lorsque le pouls est petit, dépressible, déjà il apporte peu de chaleur dans les organes, et la peau, en contact avec l'air, lui cède bientôt la sienne. Cette humidité de la peau

refroidie, n'est-ce pas aussi le produit de son exhalation qui ne s'évapore plus? Il est bien remarquable que ce refroidissement de la peau n'est jamais moins marqué qu'à la région cardiaque, et plus qu'aux extrémités inférieures. J'ai vu dans les chaleurs de 1825, à l'hôpital Necker, un jeune homme affecté d'un choléra-morbus d'une intensité que l'observation fidèle ne saurait rendre; le pouls était partout insensible, la peau glacée; les pieds se couvrirent d'escharres gangréneuses, qui laissèrent des plaies lentes à se cicatriser. A coup sûr, chez ce malade, le sang, faiblement projeté, ne parvenait pas jusqu'aux extrémités artérielles.

Les sécrétions sont aussi en rapport intime avec la circulation. On conçoit qu'une artère qui se resserre sur un petit volume de sang ne doit plus apporter à la glande assez de matériaux pour la formation de son liquide. Voyez ce malade en proie à la violence d'une fièvre inflammatoire; comme les yeux sont brillans! Recouvertes de larmes abondantes, les membranes réfléchissent fortement la lumière. Comme sa bouche est humide! les glandes salivaires, les follicules de la langue y pleuvent leurs liquides : comme son urine est abondante! Il pourra arriver cependant que des sueurs copieuses remplacent ces deux dernières sécrétions. Explorez son pouls, il est large, dur et fréquent. Et cet autre, qu'une gastro-entérite met au tombeau; les yeux sont ternes, plus de larmes; la bouche est sèche, plus de salive : depuis quelque temps il n'a point uriné. Son pouls? il est petit, à peine il est sensible. J'aime mieux cette cause de la cessation des sécrétions qu'une adynamie des systèmes nerveux. Adynamie..... c'est un mot : la science aujourd'hui veut des lésions organiques, des causes organiques.

Phénomènes respiratoires.

La respiration suit la circulation. Bien qu'il y ait sans doute une influence nerveuse, j'admets surtout dans les troubles de cette fonction une cause premièrement mécanique : quelque grande que soit

l'intensité d'une maladie, ce n'est jamais que lorsque la circulation est altérée que la respiration s'altère. Opposons l'état de la respiration chez le sujet de la onzième observation à celui que nous pouvons voir tous les jours : nous l'avons vue chez lui naturelle, ou du moins ne manifestant de lésion par aucun signe extérieur ; la circulation devait peu l'influencer. Mais ce jeune homme, plein de force et de santé, qui vient en courant de franchir un long espace : quel tumulte du cœur ! quels battemens des artères ! quelle gêne de la respiration ! l'inspiration, comme on dit, ne va pas jusqu'à la fin. Quelle céphalalgie ! quelle turgescence de la face ! quelle chaleur de la peau ! c'est une véritable fièvre inflammatoire ; où sera la lésion locale, cause de tant de troubles ? d'où irradie cette irritation qui arrive au cœur ? vient-elle du système nerveux encéphalique ? L'énergie des mouvemens, leur rapidité, leur durée accumuleront-elles une irritation dans leur organe excitateur ? vient-elle du système ganglionnaire ? Les artères tourmentées par ces mouvemens transmettront-elles de proche en proche l'irritation dont sont pris les nerfs de leurs parois ? Cependant cette fièvre, produite par la seule lésion des fonctions, cessera avec sa cause, avec le retour de leur intégrité ; et c'est surtout parce que les mouvemens du cœur cesseront d'être précipités que tout rentrera dans l'ordre. Ainsi, dans ces deux faits nous avons d'un côté maladie ancienne avec désorganisation profonde : point de trouble dans les mouvemens du cœur, partant point de trouble dans la respiration ; d'un autre côté, point de maladie locale, altération énorme de la circulation, altération consécutive de la respiration, et tous les phénomènes qui en dépendent.

Mais qu'elles seront les altérations de la respiration avec le pouls abdominal ? à quelle époque se montreront-elles ? La cause matérielle en sera toujours la quantité de sang envoyée par les artères pulmonaires dans le tissu des poumons. Au commencement des maladies abdominales, rien de particulier ; la masse du sang est considérable : la respiration sera grande, accélérée ; mais le pouls est devenu petit, fréquent ; la respiration devient aussi petite et fréquente,

et prend un caractère particulier. Il semble y avoir dans les parois de la poitrine le même resserrement que dans le cœur ; elle est difficile, douloureuse, et s'accompagne de toux, de bâillemens.

Mais il y a dans les maladies abdominales encore des causes de troubles pour la respiration : l'épanchement dans la cavité du péritoine, qui refoule en haut le diaphragme, et empêche les contractions ; la douleur si vive de quelques gastrites et hépatites, de la péritonite, qui retient aussi les mouvemens de ce muscle, comme par l'instinct de ne point comprimer des organes souffrans. J'ai observé souvent la respiration dans ces maladies ; elle est presque toujours uniquement thoracique : les muscles cervicaux sont alors en grande action ; de temps en temps une inspiration par l'abaissement du diaphragme : les douleurs se sont avivées ; je l'ai vu aux contractions de la face du malade ; interrogé, il m'a répondu affirmativement.

Phénomènes nerveux encéphaliques.

Ils sont nombreux dans les maladies abdominales et dépendent d'une irritation ressentie sympathiquement, ou si l'on accordait un peu de foi à l'hypothèse, transmise de proche en proche par les nerfs de communication, par *colligatos nervos*. J'ai besoin de dire ma pensée toute entière sur ces sympathies, dont l'obscurité cesse quand on ne se contente plus d'un mot pour expliquer un phénomène, et dont le nombre diminuera quand on ne craindra plus de leur appliquer les lois de la physiologie. Si je vois l'irritation se propager ainsi, c'est un fait : je l'admets ; mais est-ce trop exiger que de demander un moment d'examen pour un autre non moins physiologique ? Un organe qui entre en sympathie n'est-il pas un organe que vient de rencontrer le flot des autres fonctions sorties de leurs cours naturel, qu'elles entraînent, lui ou sa fonction, dans leur débordement ? Ainsi le cerveau ne souffrira pas seulement parce que l'estomac est enflammé et lui communique son inflammation, il souffrira du choc trop répété d'une circulation trop active, et maint autre organe sera comme le cerveau.

Les principaux de ces phénomènes seront les troubles de la sensibilité et ceux de la myotilité. En traitant des symptômes gastriques nous avons nécessairement parlé de la douleur ; elle revendique ici de nouveaux droits. Nous ne parlerons plus de ses variétés suivant les organes ; nous dirons ici qu'elle s'accompagne de contractions musculaires plus ou moins marquées. Le *facies* abdominal, ces traits tirés vers le front, quelle en est la cause ? N'est-ce pas la contraction des muscles de la face, d'autant plus forte que la douleur est plus vive. Il est évident qu'ici c'est le cerveau qui agit. Dans le choléra-morbus, cette maladie si singulière, à qui sa brusque apparition, ou refuse une lésion locale, et donne par conséquent pour siége les systèmes nerveux souffrans l'un de l'autre, ou impose la nécessité de n'avoir paru que lorsque cette lésion était déjà fort avancée, dans le choléra-morbus, combien encore la douleur est aiguë ! celle-ci s'accompagne de contractions musculaires dépendant d'une lésion de la partie inférieure de la moelle épinière ; ce sont les membres inférieurs qui les présentent. On a donné pour symptôme de la néphrite, dont la douleur est si inconstante, la rétraction du testicule, qui sera la contraction du muscle crémaster le long de l'anneau inguinal. J'en ai vu une douloureuse ; il y avait rétraction du testicule, qui cessa avec la douleur. Dans la néphrite dont j'ai parlé, véritable empoisonnement par les diurétiques, douloureuse au col de la vessie, et seulement par la pression à la région lombaire, cette rétraction n'eut point lieu. Enfin, en nous reportant un instant aux phénomènes circulatoires, nous verrons le système nerveux encéphalique donner à la douleur abdominale le double caractère d'astriction vasculaire, en l'unissant aux nerfs des ganglions, et d'astriction musculaire, en manifestant son irritation par les troubles de tous les organes qu'il a sous sa dépendance.

Il y a dans l'histoire de la douleur abdominale un moment d'un bien haut intérêt : c'est dans quelques maladies inflammatoires, surtout les inflammations par étranglement, lorsqu'elles se terminent par gangrène, c'est la chute subite et ce calme trompeur qui lui succède. Toutes ses effrayantes contractions se résolvent : la face devient

stupide, immobile, les membres restent inertes. C'est bien parce que la gangrène est là qu'il en arrive ainsi; mais c'est bien plus encore parce que la gangrène a emporté la douleur.

Les centres nerveux encéphaliques ne manifestent pas leur lésion seulement par la douleur locale de l'organe malade, par les contractions musculaires, il y a encore douleur du centre lui-même; céphalalgie le plus souvent sus-orbitaire, douleur des lombes, des extrémités. M. *Ollivier*, dans son ouvrage sur la moelle épinière, dit : que l'arachnitis rachidienne a pour symptômes les douleurs lombaires et des extrémités, puis les contractions. Je regrette beaucoup de n'avoir pu me procurer l'ouvrage de Ludwig, *Adversaria medica.* Il paraît, d'après M. *Ollivier*, qui le cite souvent, que cet auteur, dans un chapitre, *Tractatio de doloribus ad spinam dorsi*, dit positivement que les douleurs des lombes, des membres dans quelques maladies, proviennent d'une inflammation de la moelle épinière.

Ces contractions de la face, ces contractions des membres, nous les observons dans plus d'un état moral, entre autres chez ces malheureux qui vont subir une opération chirurgicale, à l'approche de l'instrument, aux premières douleurs. *Bichat*, qui plaçait le siége des passions dans le système nerveux de la vie organique, la colère dans le cœur, le chagrin, les passions tristes dans les organes digestifs, y place aussi la cause des contractions musculaires qui les accompagnent, et en donne ces deux explications : ou le cerveau s'est irrité et a ainsi réagi sur les muscles de la vie animale, ou ces muscles se sont contractés par le seul effet d'une étroite sympathie. La première est physiologique : il est impossible que dans la colère, où les mouvemens tumultueux du cœur poussent partout un sang abondant, le cerveau ne soit pas irrité, je dirai mécaniquement, par le choc artériel; que dans le chagrin, où l'estomac souffre à un si haut degré, il ne le soit pas sympathiquement, par voie de propagation : c'est cette explication que j'admets. Mais, je ne le cache pas, je fais ainsi revenir l'irritation sur elle-même à son siége premier. Les passions sont comme les maladies de nos facultés intellectuelles, elles doivent avoir

leur siége dans le cerveau. Celui-ci réagit sur différens systèmes, suivant le caractère de la passion : sur le cœur, si elle est vive, si c'est la colère, la joie ; sur les organes digestifs, l'estomac surtout et le foie, si c'est une passion triste, l'effroi, le chagrin. Ces organes, vivement agités, ne resteront pas sans influence sur lui : ainsi, à sa première irritation, le cerveau réagira sur les organes ou thoraciques ou abdominaux ; à la seconde, sur les organes qui lui sont soumis, sur les muscles particulièrement. Dans les maladies, c'est une irritation semblable qui contracte les muscles de la face.

Si nous admettons que dans quelques passions l'irritation arrive du cerveau aux organes digestifs et retourne au cerveau, si nous trouvons dans quelques maladies une marche analogue, après avoir vu à l'instant, dans une maladie abdominale, l'irritation se propager jusqu'à la moelle épinière, est-ce qu'il serait possible, dans une passion violente et concentrée, de voir aussi l'irritation des organes abdominaux passer toute entière à la moelle épinière et devenir une maladie mortelle? C'est un fait qui m'a suggéré cette opinion. J'ai vu mourir du tétanos, à l'hôpital Necker, un homme en proie au chagrin de savoir emprisonné un de ses parens, soupçonné d'un vol que lui-même avait commis. J'ai donné l'observation en détail dans un numéro de la Clinique, mois de mars dernier. M. *Ollivier* (Dict. de méd., t. 20, p. 157) rappelle une observation de M. *Lobstein*, qui trouva le ganglion semi-lunaire enflammé dans un cas de tétanos.

L'altération éprouvée par les organes des sens est plus ou moins marquée. On connaît la susceptibilité des malades pour le moindre bruit, pour une lumière trop vive. Le goût et l'odorat sont moins remarquables, mais la sensibilité de la peau est avivée partout ; elle est le siége de ces sensations appelées *frissons*, *horripilations*. Ces phénomènes tiennent toujours à une irritation cérébrale. C'est dans la gastrite qu'ils sont le plus fréquens, parce que c'est la gastrite qui porte le plus atteinte au système nerveux encéphalique.

Il faut distinguer de ces frissons légers, qui se font sentir partout,

ces frissons si considérables, ressentis principalement à la région lombaire, sans que le médecin puisse apprécier ce changement de température, souvent sans altération du pouls. Ils sont constans dans les fièvres intermittentes; ils surviennent au début de l'hépatite, de la néphrite, de la métrite puerpérale. Des phlegmasies des organes membraneux de l'abdomen, la péritonite est presque la seule qui les produise; enfin ils surviennent lorsque dans l'un de ces organes la suppuration s'établit. Voyons donc si dans ces différentes maladies nous trouverons encore assez d'analogie pour nous rendre raison de ces phénomènes. Dans les fièvres intermittentes, on a admis une concentration du sang dans un organe parenchymateux, et les lésions organiques de la rate et du foie, tous deux si vasculaires, lésions si fréquentes après ces maladies long-temps prolongées, sont une preuve qui parle assez haut en faveur de cette théorie. Dans l'hépatite, dans la néphrite, dans la métrite puerpérale, nous trouvons encore le foie, puis les reins et l'utérus développé, dont les parenchymes peuvent encore admettre une grande quantité de sang. Si la péritonite, phlegmasie d'un organe membraneux, partage avec celle des premiers ce triste privilége d'un accident de plus, c'est sans doute par l'immense étendue de l'organe qui, par la congestion sanguine, supplée au volume, à la profondeur. Enfin, lorsque la suppuration va se former dans un organe, lorsque cette sécrétion morbide va s'y établir au dépend du sang qui le remplit, c'est à cet instant où le sang y est en plus grande quantité, où la tension et la douleur sont les plus vives, c'est toujours la même origine.

Phénomènes absorbans et nutritifs.

J'ai peu de choses à dire sur l'absorption et la nutrition; ce sont des fonctions qui ont pour siége le fond des organes, l'analyse n'irait pas aussi loin sans danger. Ces actions vitales sont inconnues; l'accomplissement en est insensible. Cependant, toutes deux sont manifestement altérées par les maladies abdominales, et parce que la di-

gestion, essentiellement troublée, ne leur apporte plus leurs matériaux, et parce que la maladie d'un organe important enchaîne le jeu de tous les autres.

Je dois, sur ce sujet, la communication suivante à M. *Serres :* Il a injecté les vaisseaux lymphatiques de l'abdomen sur des individus morts de maladies abdominales ou phthysiques. Chez les premiers, si surtout la maladie était une affection chronique de l'estomac, ces vaisseaux étaient d'une grande mollesse ; ils ne supportaient point une colonne de mercure de beaucoup inférieure à celle injectée chez les autres. Tout important qu'il est, je ne me permets sur ce fait aucune réflexion. Si cette mollesse est un état pathologique, rien d'étonnant que l'absorption et la nutrition soient imparfaites. Si la résistance au contraire est une preuve d'une intégrité de tissu, pourquoi dans les maladies où on la trouve voit-on le même défaut de nutrition, le même amaigrissement?

Nous avons parcouru le cercle des fonctions, et nous avons tâché de montrer dans toute son évidence cette étroitesse de leur liaison, cette nécessité du trouble de l'une quand l'autre est sortie de son rhythme normal : c'est une chaîne dont un anneau brisé va être cause de la perte de tous. Sans doute dans l'état de santé ce rapport existe, mais l'état de maladie complète son énergie. Nous y voyons les fonctions se troubler, et parce que l'organe, leur siége, a perdu l'état d'intégrité de tissu nécessaire à son accomplissement, et parce que d'autres fonctions ont encore sur elles une influence directe. Dans une pneumonie, par exemple, qui excite à un très-haut degré les mouvemens du cœur, d'un côté le poumon ne doit plus avoir toute son aptitude à l'oxygénation du sang ; d'un autre, son tissu se gorge du sang qu'y accumulent les pulsations si rapprochées des artères pulmonaires : la respiration est doublement lésée. Maintenant prenons une gastrite violente : il est impossible que le poumon conserve toutes ses facultés ; le système nerveux de sa fonction aura ressenti le contre-coup de la maladie abdominale, la circulation le gorgera encore de sang, et dans toutes les maladies mêmes effets. J'ai conçu l'idée que

cette longue difficulté de la respiration, cette oxigénation entravée, pourraient contribuer à cette fameuse adynamie qui termine quelques maladies inflammatoires long-temps prolongées : j'y vois le sang peu renouvelé ne distribuant plus aux organes, au système nerveux surtout, un aliment nécessaire; je le vois perdant ses qualités, sources de santé et de vie, en acquérant de pernicieuses, sources de maladies et de mort; et quand je songe que les maladies dites *adynamiques* se montrent dans les lieux où l'air est vicié, où le sang prend dans les poumons, et porte dans toute l'économie une insuffisante quantité d'oxygène ou des principes délétères, je suis moins timide à livrer mes idées à la critique.

Du traitement.

Une maladie irradie son influence sur tous les organes, sur toutes les fonctions : voyons comment un traitement rationnel ramènera les uns et les autres dans cet état qui permet le travail de la résolution, et comment celle-ci termine enfin la maladie. Un organe malade, enflammé, est devenu comme un organe nouveau dont la fonction est de revenir à son type premier. La nature accomplit l'œuvre des organes qu'elle a créés et qu'elle entretient; il faut souvent plus que la nature pour réparer les désordres qu'elle a laissé introduire dans l'économie. Elle est troublée, elle ne peut plus se guider seule; il lui faut un aide, la médecine le lui accorde. Heureux le médecin prudent qui, sans quitter son rôle d'observateur, d'élève assidu, va devenir en même temps son régulateur, son maître; qui saura la comprendre dans ses vœux les plus secrets, dans ses indications les plus obscures; il ne lui accordera pas un secours désavoué dans les leçons qu'il en a reçues. Ne multiplies pas tes moyens, lui a-t-elle dit mille fois; ne me rends pas la servile interprète de tes expériences, gardes-toi surtout qu'une force ennemie ne détermine chez moi ce que ne t'a jamais montré le cours régulier de mes œuvres.

Une maladie grave offre assez souvent deux périodes bien distinctes,

celle d'*inflammation* et celle d'*adynamie :* la thérapeutique a, pour opposer à la première, les saignées, les débilatans; à la seconde, les toniques. Dès long-temps on est d'accord pour l'opportunité des premiers; mais cette adynamie, ces toniques : voilà où se séparent les théories, voilà le sujet éternel de discussions! Enracinés dans les esprits dont ils ont été les premières semences médicales, chez d'autres n'excitant que dédain ou fureur; quoi, sont-ils justes; d'un côté cette ténacité, de l'autre, cet abandon? ne sont-ils pas incompatibles avec les faits? Certes, l'adynamie existe, comme la période d'excitation; mais elle est, selon moi, cette impossibilité de réaction, cette extinction de fonctions, cet épuisement, cette énervation des organes. Énervation..... C'est le vrai mot : le système nerveux n'a plus d'énergie; il s'affaisse sous le poids d'une excitation trop prolongée; il ne reçoit plus les élémens de sa vie. Dans un tel état des saignées, des sangsues! Ah! plutôt, dans la période inflammatoire, le quinquina, les vésicatoires, tous les excitans; ils seront moins dangereux. Ici, c'est la nature qui succombe, il faut la relever; c'est un feu qui s'éteint, et qu'il faut rallumer. Nous avons vu, pour l'accomplissement normal d'une fonction, la nécessité absolue de l'intégrité de toutes les autres; nous avons considéré un organe malade comme un nouvel organe, la résolution comme sa fonction momentanée : il faut pour qu'elle se fasse retirer les autres de l'engourdissement où elles sont plongées, et surtout la circulation. Par des principes stimulans introduits dans l'économie, réveillons le cœur de sa stupeur, activons ses contractions, dilatons ses cavités; et pour ce, couvrons les membres inférieurs de vésicatoires. Mais ne craignons pas non plus de confier à l'estomac, même enflammé, la transmission de ces principes excitans : leur bienfait en sera peut-être marqué avant qu'ils n'aient pu nuire sur une surface muqueuse dont la sensibilité est d'ailleurs émoussée. Déjà le pouls s'élève, la peau se réchauffe, la sueur s'établit; différentes sécrétions se montrent, l'urine, la salive; il semble qu'à la suite de ce long sommeil la nature veuille tenter un effort de travail, et c'est une glande qu'elle en charge. Nous voyons dans ce

phénomène des crises, irritation bien faible à la vérité, mais un tant soit peu dérivative; nous considérons aussi qu'elle est la quantité du liquide épanché. Cependant que devient la phlegmasie maintenant de nouveau en contact avec des liquides émolliens. Elle va se résorber. La circulation activée, qui répand une douce chaleur dans tous les organes, qui excite un travail non-interrompu de tout ce qui est sécréteur, la circulation va reprendre dans son torrent tout le sang qui la formait. Quelle puissance que cette circulation! On est par fois tenté, comme *Boërrhaave*, de lui donner le sceptre dans l'économie. Ce sont ses lésions qui ont fait tout le mal, c'est le retour de son intégrité qui est le premier pas vers l'amélioration; ainsi j'entends l'adynamie, ainsi j'entends le traitement qu'on doit opposer aux maladies qu'elle termine. Mais quel tact! quelles études il faut. Citons une dernière observation, où le traitement tonique sauva le malade d'une mort certaine.

XVI^e^. OBSERVATION.

Bernier, âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution robuste, placé par son état au milieu d'intestins d'animaux en putréfaction, entré à la Pitié le 23 avril 1827, est malade depuis six jours. Il a éprouvé des douleurs sourdes, profondes, dans la partie supérieure de l'abdomen, principalement dans l'hypochondre droit. Il a vomi deux fois des matières bilieuses. Constipation. Depuis la veille l'ictère s'était montré.

Il présente, le 24, tuméfaction générale de l'abdomen; le foie remplit tout l'hypochondre droit, l'épigastre, et descend dans le flanc droit, jusqu'à trois pouces au-dessous des côtes; on le suit très-facilement par le son mat. Ces régions sont très-douloureuses. Nausées continuelles. Les vomissemens n'ont pas eu lieu depuis trois jours. La langue est jaune au centre, très-rouge à ses bords et presque sèche; soif vive, céphalalgie, étourdissemens; douleurs à la partie supérieure du dos, douleurs contusives avec faiblesse des membres. Le pouls est plein, peu fréquent, peu dur; la peau d'une chaleur modérée,

sèche. L'ictère est très-prononcé. Le matin épistaxis légère par la narine droite.

L'hépato-gastrite est évidente, et un caractère de débilité qui perce dans quelques accidens la dit produite par les émanations putrides au milieu desquelles vivait cet homme. (Vingt sangsues aux vaiss. hémorr., limonade gommée, bain, fom. émoll. abdom., diète.)

Le 25, l'émission sanguine a été considérable; le malade est très-affaibli. Épistaxis dans la nuit, qui a été plus forte que celle de la veille. Les urines sont jaunes et troubles. (Même prescription, moins les sangsues; plus, un lavement.)

Le 26, affaiblissement considérable, chute du pouls, refroidissement de la peau, stupeur assez marquée, sensibilité épigastrique émoussée; ictère bien plus prononcé que les autres jours; épistaxis très-abondante, et qui dure très-long-temps. Le malade exhale une mauvaise odeur. (Décoct. de quinquina pour tisane, julep antisp. avec ext. de quinquina, 3ß.)

Le 27, l'épistaxis n'a point reparu; l'ictère est au même dégré, l'abattement est moins profond, le pouls plus large, plus résistant; les urines sont rares, d'un jaune très-foncé.

Les médicamens toniques furent continués pendant quelques jours; sous leur influence nous avons vu différentes fonctions se rétablir, la peau se couvrir de sueurs, la langue devenir humide, les urines abondantes, l'ictère diminuer, les forces reparaître, enfin le foie remonter dans l'hypochondre droit.

De la mort.

Quelle que soit la gravité, l'étendue de la lésion d'une maladie abdominale, ce n'est point elle qui a produit la mort; elle n'en a été que la cause médiate. Ouvrons le livre de *Bichat*, nous verrons que la mort ne peut arriver que par la lésion ou du cœur, ou du poumon, ou du cerveau. Assistons aux derniers momens d'un moribond : la maladie qui le tue ne se manifeste plus, elle se tait maintenant, et semble avoir

passé sa triste puissance aux organes cités. Nous ne voyons plus qu'une circulation à peine sensible, une respiration imparfaite, une innervation nulle; nous voyons le dessèchement des sources de la vie. Mais est-ce actuellement, dans l'instant même, que ces désordres amènent la mort? et peut-on comparer cet état à ces morts subites dont a presque constamment parlé *Bichat*, suites de ruptures artérielles ou veineuses, d'asphyxies? Je regarde la mort, suite d'une maladie aiguë ou chronique, comme une asphyxie, mais comme une asphyxie lente qui aura commencé à cet instant où les fonctions auront cessé d'être naturelles, et ne pourront plus reprendre leur forme première. L'asphyxie aiguë est la mort subite ou du poumon ou du cerveau; l'asphyxie lente est la mort, j'oserai dire, contemporaine et graduée de ces organes à la fois, plus, du cœur. *Bichat* indique le mécanisme de la cessation des phénomènes propres à chacun d'eux. Mais la rapidité des accidens empêche de voir ce que fait connaître la physiologie. Dans une maladie qui se termine par la mort, j'ai le temps de voir, de m'expliquer ce jeu troublé des organes; je les vois réagissant les uns sur les autres, détruisant non-seulement leurs fonctions, mais celles moins importantes des organes secondaires, et jetant l'économie dans un chaos où la vie se termine.

Chacun de ces organes, dans le mécanisme de la mort, est actif et passif. Prenons d'abord le cœur; seul il pourrait suffire à cette triple démonstration. Nous avons vu ses mouvemens précipités, petits : il est impossible que ce mode de circulation ne soit pas un obstacle à l'élaboration chimico-vitale du sang dans le tissu pulmonaire; les battemens artérielles ont perdu ce type, cette régularité nécessaires à leur action sur le cerveau. Voilà pour l'actif; d'un autre côté, le sang mal élaboré, peu oxygéné, irritera faiblement le cœur, et sur un fluide qui déjà n'est plus un excitateur suffisant, bientôt ses dilatations et contractions deviendront nulles. Le cerveau, comme engourdi, agira sur lui médiatement; il aura auparavant agi sur les phénomènes mécaniques puis chimiques de la respiration. Ainsi le cœur influence évidemment le poumon et le cerveau, et est doublement influencé par le cerveau et le pou-

mon. Ceux-ci nous peuvent montrer les mêmes résultats ; et je me répéterai, si je fais voir le poumon envoyant au cœur, au cerveau un sang où n'est pas entré assez de principes d'excitation naturelle de vie ; d'un autre côté, se laissant gorger du sang qu'il reçoit du cœur coup sur coup, dépouillé par le cerveau de sa propriété de l'élaborer ; enfin le cerveau interrompant les mouvemens du cœur parce qu'il a interrompu les phénomènes mécaniques et chimiques de la poitrine et des poumons ; succombant à la faiblesse des pulsations artérielles, à la nullité d'excitation d'un sang non régénérateur.

Mais de ces désordres quel est le premier? et si nous nous rendons compte de ce qui est mécanique dans l'économie, qu'est-ce qui nous peut faire connaître la perte de l'action vitale, cause prochaine de tout? Rechercherons-nous pourquoi le poumon ne fait plus l'oxygénation? pourquoi le cœur reste inerte sur le sang privé de ses principes? pourquoi le cerveau veut ce type des battemens artérielles? L'esprit du médecin, scrutateur avide des phènomènes qu'il observe, assiégeant incessamment les profondeurs de l'organisation malade, disputant à la nature la révélation de ses mystères les plus secrets, n'a pas encore assisté d'assez près à l'accomplissement et à l'entretien de la vie pour se rendre compte du déroulement de sa ruine et de sa chute organe par organe.

Soyons satisfaits si nous ne restons pas toujours muets spectateurs de quelques phénomènes, et si le succès de la thérapeutique, premier but de la médecine, prouve que nous n'avons pas agi aveuglément.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Lassitudines spontaneæ obortæ morbos denuntiant *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

III.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

IV.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

V.

Quæ judicantur, et judicata sunt perfectè, neque movere oportet, neque innovare, sive purgantibus, sive aliis irritamentis, sed sinere. *Ibid.*, *aph.* 20.

VI.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.